

protocollo

AL COMUNE DI VALLE MOSSO

Richiesta esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria

ai sensi della deliberazione
della Giunta Comunale n. 15 in data 22/02/2018

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. (____) il ____/____/____

residente a VALLE MOSSO, prov. (Bi) in via _____ n. _____

tel. _____ altro recapito _____

Codice fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE che sia concessa/rinnovata l'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria.
A tal fine, ai sensi del D.P.R. 445 del 28/12/2000, dichiara di possedere i requisiti e che sussistono le condizioni per l'ammissibilità previste dalla Deliberazione G. C. n 15 del 22/2/2018.

Dichiara inoltre che l'ISEE del proprio nucleo familiare, n° prot. _____

rilasciato il ____/____/____, con scadenza ____/____/____, è di euro _____;

e che il proprio nucleo è così composto:

Cognome	Nome	Data di nascita	parentela

Allega alla presente: copia certificazione I.S.E.E. in corso di validità e del documento di identità del dichiarante

Valle Mosso, li ____/____/____

(firma del dichiarante)

Il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, conferma la veridicità di quanto sopra riportato. Dichiara inoltre di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la dichiarazione viene resa (art. 13 Dlg 196/2003)