

Al Comune di CASTELLAZZO BORMIDA

Oggetto: Istanza per la concessione del rimborso spese sanitarie per acquisto farmaci ricompresi nella categoria C e prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

codice fiscale _____

residente in _____

RIVOLGE ISTANZA PER OTTENERE IL RIMBORSO DI:

- ☐ spesa per acquisto medicinali ricompresi nella fascia C (di cui alla legge 24 Dicembre 1993 e s.m.i.)
- ☐ spese per prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale

la spesa per la quale si chiede il rimborso e' pari ad euro _____

dichiara di essere a conoscenza che il massimo del contributo erogabile per anno, a norma di regolamento è pari ad euro 300,00.

ai sensi dell'art 47 DPR 445/2000, consapevole delle conseguenze in caso di mendace dichiarazione, dichiara

- di impegnarsi a comunicare a questo Ente variazioni in corso d'anno del proprio I.S.E.E.;
- di essere effettivamente domiciliato nel Comune di Castellazzo Bormida;
- di avere un I.S.E.E. pari ad € _____ rilasciato il _____ dall'Ente _____

ALLEGA

Documentazione relativa alla spesa sostenuta: prescrizione medica, copia dello scontrino fiscale rilasciato dal farmacista, ovvero originale della ricevuta fiscale rilasciata dalla ASL.

In caso di accoglimento dell'istanza richiede che venga utilizzata la seguente modalità di rimborso (barrare e compilare se necessario la casella che interessa)

Accreditamento sul conto corrente n. _____

Banca _____

Filiale di _____

ABI _____ CAB _____

**Rimborso diretto in Contanti presso la Tesoreria Comunale – Banca Di Legnano –
filiale di Castellazzo Bormida – P.zza Vittorio Emanuele**

Castellazzo Bormida, li _____

Firma del richiedente
