Al Comune di Sant’Antonio Abate

c.a. Ufficio Politiche Sociali

**voucherfarmaceutici****@comunesantantonioabate.it**

**Oggetto: Istanza Voucher farmaceutici - Anno 2025**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in Sant’Antonio Abate (NA) alla p.zza/via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , cellulare/telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ richiedente l’erogazione di Voucher farmaceutici, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci come previsto dall’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni,

**C H I E D E**

L’ottenimento di Voucher farmaceutici, nella misura disponibile.

A tale uopo, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000.

**D I C H I A R A**

1) Di essere residente nel Comune di Sant’Antonio Abate;

2) Di essere cittadino/a italiano/a e/o appartenente a uno stato membro della Comunità Europea e/o

extracomunitario/a in possesso del permesso di soggiorno di lungo periodo;

3) Che il proprio nucleo familiare è così composto:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Specificare relazione di parentela con il dichiarante** | **Nome** | **Codice Fiscale** | **Nato il** | **Luogo di nascita** |
| Dichiarante |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**DICHIARA, INOLTRE,**

 riconoscimento dello stato di Handicap ai sensi della Legge 104/92 e/o invalidità civile (nominativo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);

 che non vengono percepiti contributi per l'Assegno di Inclusione (ADI), né contributi per medesime finalità;

**ALLEGA**

1.  Attestazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità;
2.  Autocertificazione in caso di Isee pari a 0 (All. B);
3.  Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità;
4.  Fotocopia della certificazione di handicap (L.104/92) e/o certificato attestante lo stato di invalidità civile compreso tra il 74% ed il 100%
5.  Copia Permesso di soggiorno permanente per gli extracomunitari;
6. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L' Amministrazione comunale si riserva l'esercizio di controlli su quanto dichiarato.

**Dichiara**,

 infine, di essere informato, ai sensi del D.Lgs. 196/03 e del Regolamento Ue 2016/679, noto come GDPR (General Data ProtectionRegulation) relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento e alla libera circolazione dei dati personali, che i dati forniti saranno utilizzati esclusivamente in trattamenti necessari all’erogazione dei Voucher farmaceutici per i relativi controlli d’ufficio.

**Il Dichiarante**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_