

**ISTANZA DI RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE
DI CUI ALL'ART. 12 DEL PIANO PER I SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI 2023-2024**

che il valore della propria attestazione I.S.E.E. è inferiore a euro 12.500,00;

DICHIARA

inoltre di essere consapevole che:

- in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000, incorrerà nelle conseguenze giuridiche previste dall'ordinamento;
- l'importo massimo di contribuzione erogabile ammonta ad euro 500,00 annui per nucleo familiare;
- per poter ricevere il contributo è necessario, a pena di inammissibilità, far pervenire all'ufficio dei servizi sociali le ricevute di pagamento relative a ciascun trimestre dell'anno solare entro il giorno 5 del mese successivo (ossia, dunque, entro il 5 aprile per i mesi di gennaio-marzo, 5 luglio per i mesi di aprile-giugno, 5 ottobre per i mesi di luglio-settembre e 5 gennaio per i mesi di ottobre-dicembre);
- per poter continuare ad usufruire del contributo, è necessario far pervenire all'ufficio dei servizi sociali all'inizio di ogni anno, entro il termine indicato dall'ufficio dei servizi sociali, la propria dichiarazione ISEE aggiornata;
- di aver preso visione dell'apposita informativa sul trattamento dei dati personali e di prestarvi piena accettazione, essendo consapevole che i dati conferiti verranno trattati nei limiti di quanto ivi previsto.

Data

Firma

.....

Allega i seguenti documenti:

1. copia del documento d'identità (nel caso di domanda inoltrata via e-mail);
2. certificazione I.S.E.E.;
3. altri documenti:

Ai sensi dell'art. 38, d.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente.

FIRMATA DAL DICHIARANTE IN MIA PRESENZA li L'ADDETTO 	SI ALLEGA FOTOCOPIA: ☐ CARTA D'IDENTITÀ ☐ PASSAPORTO ☐ PATENTE ☐
---	---

