

OGGETTO: RICHIESTA RIMBORSO SPESE SOSTENUTE PER FARMACI DI FASCIA C PER PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIE RARE AI SENSI DELLA D.G.R. N.334 DEL 23/10/2023.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO
(ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 e successive modifiche e integrazioni)

Il/la sottoscritto/a è consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi verrà punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera - art. 75 del D.P.R. n. 445/2000.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
(Nome) (Cognome)
il _____ C.F. _____
residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____
tel. _____ cell. _____

in qualità di:

(spuntare la sola casella interessata)

- Diretto/a interessato/a
- Genitore o tutore*
- Altro familiare*

*Da compilare solo se genitore/tutore o altro familiare:

di _____ nato/a a _____
(Nome) (Cognome)
il _____ C.F. _____
residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____

affetto/a dalla seguente malattia rara _____ come da certificazione medica allegata;

CHIEDE

il rimborso delle spese sostenute per farmaci di fascia C per l'importo complessivo di € _____ di cui si allegano alla presente gli scontrini fiscali.

COMUNE DI SESSANO DEL MOLISE
Protocollo Interno N. 5665/2023 del 06-11-2023
Doc. Principale - Copia Documento

