

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

### CHIEDE

il contributo a sostegno delle spese per acquisto farmaci sostenute nell'anno 2014, di cui agli allegati scontrini fiscali intestati a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ (**beneficiario del contributo**), come da allegata documentazione, secondo i criteri approvati con deliberazione G.C. n. 69 del 08.05.2009 e determinazione R.G. n. 1074 del 11.12.2014, che sarà riscosso con le seguenti modalità:

- conto corrente n. \_\_\_\_\_  
 riscossione dei contanti presso lo sportello della tesoreria comunale  
 delega alla riscossione il sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

### DICHIARA

- ✓ di essere in possesso di un reddito ISEE annuo inferiore a € 12.000,00.=, come da allegata attestazione;
- ✓ di essere in possesso della ricetta, sia per quanto concerne i farmaci di fascia C che per i prodotti da banco;
- ✓ i prodotti da banco oggetto del rimborso rientrano nelle tipologie di prassi riconosciute dall'Amministrazione comunale (colluttori, paste dentiere, sciroppi tosse, aspirina e antinevralgici in genere, colliri, cerotti, antidolorifici in genere, antiacidi, lassativi, pomate antinfiammatorie, pomate antistaminiche, pomate antiemorroidali, pomate per la circolazione venosa);
- ✓ non sono presenti scontrini di prodotti omeopatici;
- ✓ gli scontrini della farmacia riportano il codice fiscale del beneficiario;

### DICHIARA ALTRESI'

**di non richiedere la detraibilità per i medesimi farmaci, nell'ambito della dichiarazione dei redditi.**

#### **Si allegano:**

- attestazione ISEE in corso di validità
- fotocopia della ricetta
- scontrini della farmacia

Il richiedente dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D. Lgs 30.06.2003 n.196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa (art.48, c.2, D.P.R. 445/2000).

Il richiedente è consapevole di quanto previsto dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 196/2003, unitamente a copia dell'art. 7 del decreto medesimo, ed esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali dal citato decreto con particolare riguardo a quelli cosiddetti sensibili nei limiti, per le finalità e per la durata necessari al riconoscimento del contributo per spese farmaci.

Data \_\_\_\_\_

Il richiedente  
\_\_\_\_\_