

Spett.le Comune di Mendicino
Assessorato alle Politiche Sociali
Ufficio Servizi Sociali
Piazza Municipio, 1
87040 MENDICINO

OGGETTO: Domanda di partecipazione al bando per richiesta spese sanitarie, farmacie e parafarmacie.

Il /la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
e residente in _____
alla Via _____ n. _____
C.F. _____ tel. _____

CHIEDE

di partecipare al bando per richiesta di spese sanitarie, farmacia e parafarmacia.

A tal fine ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, e s.m.e.i., sotto la propria penale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 dichiara quanto segue:

- a) di essere residente nel Comune di Mendicino;
- b) che il proprio nucleo familiare è composto da:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____
- 8) _____

che l'ISEE del nucleo familiare corrisponde alla dichiarazione allegata;

Inoltre, dichiara che ogni comunicazione relativa al procedimento avviato con la presente istanza potrà essere trasmessa all'indirizzo di cui sopra.

Il/la sottoscritt__ inoltre dichiara di essere informat __ ai sensi del D.lgs. 196/2003 e s.m.e.i., che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono stati rilasciati e verranno trattati ed utilizzati solo ed esclusivamente per tale scopo.

Allega alla seguente documentazione:

- Allega alla seguente documentazione:

- Dichiarazione ISEE
- Autocertificazione di ragazza madre
- Certificazione di persona diversamente abile

Mendicino li _____

Il dichiarante

UFFICIO ANAGRAFE

Si conferma che dalla visione degli atti d'ufficio, la composizione del nucleo familiare è quella indicata dal richiedente _____

Mendicino li _____

L' UFFICIALE D'ANAGRAFE
