



RICHIEDITA RIMBORSO TICKET PRESTAZIONI SANITARIE EROGATE DAL S.S.N.

REQUISITO DI ACCESSO: Riservato ai nuclei familiari con attestazione ISEE in corso di validità con un indicatore ISEE inferiore a € 5.000,00.

1. DATI DEL RICHIEDENTE

COGNOME E NOME

CODICE FISCALE

RESIDENZA

VIA / PIAZZA E N. CIVICO

TELEFONO / CELLULARE

INDIRIZZO EMAIL / PEC

2. DICHIARAZIONE ISEE

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver presentato per l'anno in corso la dichiarazione ISEE con il seguente indicatore:

VALORE INDICATORE ISEE (€)

N. PROTOCOLLO INPS - DSU

DATA SCADENZA ATTESTAZIONE

3. MODALITÀ DI EROGAZIONE DEL RIMBORSO

Chiede che l'importo spettante venga accreditato mediante bonifico sul seguente conto corrente bancario/postale:

ISTITUTO BANCARIO / POSTALE

INTESTATARIO DEL CONTO

CODICE IBAN (27 CARATTERI)

4. DICHIARAZIONI E ALLEGATI

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara che i dati riportati sono veritieri.

☐ DICHIARA di non aver richiesto analoghi contributi o rimborsi per la medesima spesa ad altri enti.

☐ DICHIARA di non avere pendenze tributarie nei confronti del Comune di Gravere e di essere in regola con tutti i pagamenti richiesti/dovuti all'Amministrazione

☐ Allegati obbligatori alla richiesta:

☐ Ricevute/Giustificativi di acquisto prestazioni sanitarie erogate dal S.S.N.

☐ Documento d'identità personale

Gravere, li _____

Firma del/la richiedente

(Firma per esteso e leggibile)