

**DOMANDA PER ASSEGNAZIONE CONTRIBUTI
A SOSTEGNO DEL PAGAMENTO
DELLE SPESE SANITARIE - ANNO 2025**

Spett.le
COMUNE DI SIRMIONE
Ufficio Servizi Sociali

La/Ilsottoscritta/o.....nato/a.....
Prov.....il...../...../..... Codice Fiscale.....
residente nel Comune di Sirmione in Via.....
CAP.....Telefono.....mail.....

C H I E D E

che sia concesso il contributo a sostegno delle spese sanitarie anno 2025 e a tal fine allego copia degli scontrini fiscali rilasciati dalle farmacie, fatture relative a spese per esami e visite mediche recanti il codice fiscale del richiedente;

che in caso di accoglimento della domanda il contributo venga erogato tramite accredito sul:

CONTO CORRENTE BANCARIO/POSTALE
intestato al richiedente o cointestato

CODICE IBAN

.....

A tal fine, ai sensi dell'art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, consapevole delle pene previste per false e mendaci dichiarazioni ai sensi dell'art.76 D.P.R. 445/2000 e che, ai sensi dell'art.75 D.P.R.445/2000, qualora da eventuali controlli emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

D I C H I A R A

- di essere residente nel Comune di SIRMIONE;
- di avere compiuto anni.....;
- di avere una invalidità del..... %;
- che l'indicatore della situazione economica (I.S.E.E) è di €.....

Sirmione li,

firma