

**DOMANDA PER ASSEGNAZIONE CONTRIBUTI  
A SOSTEGNO DEL PAGAMENTO  
DELLE SPESE SANITARIE - ANNO 2021**

Spett.le  
**COMUNE DI SIRMIONE**  
Ufficio Servizi Sociali

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

**CHIEDE**

che sia concesso il contributo a sostegno delle spese sanitarie anno 2021 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

**DICHIARA**

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 .....