



COMUNE DI CAZZAGO SAN MARTINO

CONTRIBUTO RIMBORSO SPESE FARMACEUTICHE – Bando anno 2024 ANZIANI E DISABILI GRAVI

IL/LA SIG/RA CODICE FISCALE

NATO/A A IL

RESIDENTE A CAZZAGO SAN MARTINO IN VIA

TELEFONO MAIL

Chiede di poter beneficiare del contributo in oggetto e a tal fine, consapevole delle sanzioni civili e penali a cui incorre in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più corrispondenti a verità, giusto il disposto dell'art. 26 della legge n°15/68,

dichiara di essere in possesso dei seguenti requisiti:

1) I.S.E.E.

- Da €. 0,00 a €. 6.000,00 - PUNTI 3
- Da €. 6.000,01 a €. 9.000,00 - PUNTI 2
- Da €. 9.000,01 a €. 13.000,00 - PUNTI 1

2) ETÀ E DISABILITA'

- DA ANNI 65 AD ANNI 70 - PUNTI 2
- DA ANNI 71 IN POI - PUNTI 3
- DISABILI DA ANNI 18 AD ANNI 64 – PUNTI 1

3) TIPOLOGIA ABITAZIONE

- ABITAZIONE IN COMODATO D'USO O DI PROPRIETÀ - PUNTI 1
- ABITAZIONE CON CANONE DI LOCAZIONE AGEVOLATO – PUNTI 2
- ABITAZIONE CON CANONE DI LOCAZIONE PRIVATA – PUNTI 3

4) Di voler riscuotere il contributo

- tramite accredito sul conto corrente bancario a me intestato o cointestato, di cui allego le coordinate (IBAN);
- in contanti, di persona;
- in contanti, con delega alla riscossione alla persona sotto indicata:
il/la sig/ra..... grado di parentela
nato/a a il
residente a cap
in via
codice fiscale
telefono Email

SI ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

- 1- copia di carta d'identità e codice fiscale del richiedente;
- 2- copia attestazione ISEE in corso di validità (ai sensi del DPCM 159/2013);
- 3- IN CASO DI ADDEBITO DEL CONTRIBUTO SU CONTO CORENTE: copia delle coordinate bancarie/postali rilasciata dall'istituto di credito (IBAN);
- 4- IN CASO DI DELEGA ALLA RISCOSSIONE IN CONTANTI: carta d'identità e codice fiscale del delegato;
- 5- IN CASO DI PERSONA DISABILE SOTTO I 65 ANNI: copia certificazione di disabilità grave L. 104 art. 3 comma 1 e 3 o invalidità al 100% con indennità di accompagnamento;
- 6- documentazione provante la spesa sostenuta nel corso dell'anno 2023 per spese sanitarie, compatibili con quanto espresso nelle finalità dell'intervento.

Cazzago S.M., lì

FIRMA

.....

LA PRESENTE DOMANDA DOVRÀ ESSERE CONSEGNATA **ENTRO IL GIORNO 17 MAGGIO 2024** CON LA RELATIVA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA ATTRAVERSO UNA DELLE SEGUENTI MODALITÀ:

- A MANO PRESSO L'UFFICIO URP/PROTOCOLLO DEL COMUNE DI CAZZAGO S.M.
- VIA MAIL ALL'INDIRIZZO municipio@comune.cazzago.bs.it
- VIA PEC (SOLO DA INDIRIZZO PEC) ALL'INDIRIZZO protocollo@pec.comune.cazzago.bs.it

Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati al Comune di Cazzago S.M. saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/ UE.

Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. L'interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15,16,17,18,20,21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici dell'ente e consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo: www.comune.cazzago.bs.it

DATA

FIRMA
