

OGGETTO: Istanza di rimborso del 50% della spesa sostenuta per i tickets sanitari

Cognome e nome richiedente	
Data di nascita richiedente	
Luogo di nascita richiedente	
Codice fiscale richiedente	
IBAN	
Indirizzo	 28053 Castelletto Sopra Ticino (NO)
Tel.	

CHIEDE di poter accedere al rimborso del 50% delle quote di partecipazione alla spesa sanitaria per visite specialistiche ed esami diagnostici, per se stesso e per i familiari a carico.

DICHIARA sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali e civili previste dalla vigente normativa per coloro che rendono attestazioni false o incomplete, che il proprio nucleo familiare è composto dalle persone di seguito indicate:

Cognome e nome			
Data di nascita		Luogo di Nascita	
Codice fiscale			

Cognome e nome			
Data di nascita		Luogo di Nascita	
Codice fiscale			

Cognome e nome			
Data di nascita		Luogo di Nascita	
Codice fiscale			

Il sottoscritto dichiara inoltre di avere una certificazione ISEE di € _____

Il sottoscritto si impegna a segnalare qualsiasi variazione della situazione surriportata entro 30 giorni dal verificarsi della variazione stessa e a documentare, in qualsiasi momento, quanto dichiarato nella presente istanza.

Castelletto Sopra Ticino, _____
