

**Al Signor Sindaco
del Comune di Gangi**

OGGETTO: Richiesta per rimborso per l'acquisto di farmaci di fascia "C" .

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ codice fiscale _____ residente a

_____ in Via _____ n. _____

cellulare _____

CHIEDE

di usufruire del rimborso, parziale o totale, delle spese sostenute per l'acquisto, dietro prescrizione medica, dei farmaci posti in fascia C tra il 1 gennaio e il 30 novembre 2024.

A tal fine il sottoscritto, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 (art. 46 "Dichiarazioni sostitutive di certificazioni", art. 47 "Dichiarazione sostitutive dell'atto di notorietà", art. 76 "Norme Penali") consapevole che le false dichiarazioni sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- Di essere residente nel Comune di Gangi;
- di aver sostenuto la spesa per acquisto dei farmaci, tra il 1 gennaio e il 30 novembre 2024 pari ad € _____
- di non aver ottenuto per il medesimo rimborso altri benefici e/o ulteriori sgravi fiscali.

Lo/La scrivente allega alla presente:

- modulo autocertificazione composizione nucleo e reddito;
- copia di tutte gli scontrini parlanti per le quali si richiede il rimborso;
- prescrizione medica ovvero ricetta bianca che giustifica l'acquisto del farmaco di fascia C;
- Fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità

Il sottoscritto chiede altresì che l'importo del contributo eventualmente assegnatogli dal Comune venga accreditato sul seguente conto corrente (c/c) bancario:

Conto Corrente intrattenuto presso la Banca/Ufficio Postale _____

Codice IBAN : _____

Gangi, li _____

FIRMA
