



CITTÀ DI GARDONE VAL TROMPIA
PROVINCIA DI BRESCIA

MODULO DI DOMANDA PER IL RICONOSCIMENTO DEL CONTRIBUTO A RIMBORSO TOTALE/PARZIALE DELLE SPESE SOSTENUTE PER L'ACQUISTO DI MEDICINALI E ALTRE SPESE SANITARIE_ ANNO 2024.

Il sottoscritto: _____

In qualità di:

- richiedente per il proprio nucleo familiare
 Tutore/Amministratore di sostegno del Sig./Sig.ra _____

Residente in via/Piazza: _____

telefono: _____

e-mail: _____

IBAN c/c (**SOLO BANCA**): _____

Intestato a: _____

CHIEDE

il riconoscimento di un contributo a rimborso totale/parziale delle spese sanitarie sostenute nell'anno 2024, come previsto dall'Avviso Pubblico del Comune di Gardone Val Trompia.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità:

1. Di essere residente nel Comune di Gardone Val Trompia.
2. Che il proprio nucleo familiare possiede un Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) anno 2024 (o un ISEE corrente) pari a € _____.
3. Di aver sostenuto le seguenti spese sanitarie nell'anno 2024, per le quali si richiede il rimborso (barrare le tipologie di spesa pertinenti):
 - **Spese relative all'acquisto di farmaci esclusivamente in fascia C e non soggetti ad esenzione** (prescritti dal medico), per un totale di euro _____;
 - **Spese relative a visite specialistiche e/o esami diagnostici effettuati tramite il Sistema Sanitario Nazionale** (pagamento ticket) e non soggetti ad esenzione, per un totale di euro _____.

- **Spese relative all'acquisto dei seguenti dispositivi medici prescritti dal medico** (barrare il/i dispositivo/i medico/i corrispondente/i):
 - Tutori/ortesi
 - Apparecchi acustici
 - Occhiali da vista/lenti a contatto
 - Ausili per autonomia
 - Dispositivi di implantologia dentale
 - Apparecchi ortodontici
 - Protesi dentarie

Per un totale di euro _____.

4. Di essere consapevole che il rimborso sarà erogato secondo le percentuali indicate nell'Avviso Pubblico e fino ad esaurimento delle risorse disponibili, con un importo compreso tra un minimo di € 30,00 e un massimo di € 350,00 per nucleo familiare.
5. Di essere a conoscenza dei controlli che verranno effettuati sulla veridicità della documentazione prodotta e delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni mendaci.
6. Di aver preso visione dell'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, disponibile presso gli uffici dell'Ente e sul sito web del Comune di Gardone Val Trompia.

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

- Copia di un documento di identità in corso di validità del richiedente.
- Attestazione ISEE anno 2024 o ISEE corrente.
- Originali degli scontrini fiscali e ricette/prescrizioni mediche per l'acquisto di farmaci in fascia C.
- Originali delle ricevute di pagamento del ticket per visite specialistiche/esami diagnostici tramite SSN.
- Originali delle fatture/ricevute e prescrizioni mediche (se esistenti) per l'acquisto dei dispositivi medici elencati.

Gardone V.T., _____

Firma _____

=====
 ***Eventuale delega per ritiro in contanti

Io sottoscritto/a _____

DELEGO

il/la Sig./Sig.ra _____

al ritiro del contributo assegnatomi da questa amministrazione comunale.

Gardone V.T., _____

Firma _____