



Città di Tempio Pausania

■ Servizi Sociali

DICHIARAZIONE SPESE SOSTENUTE

(ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa")

__l__ sottoscritt__
nat__ a _____ il _____ residente a _____
in via _____ C.F. _____
in qualità di _____

consapevole delle conseguenze penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dei benefici di cui all'art. 75 del medesimo D.P.R.

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità che:

le spese sostenute nell'anno 2026 non supportate da Sistema sanitario regionale o non coperte dalle tradizionali misure sono le seguenti:

TIPOLOGIA	IMPORTO	PERIODO

Allega:

- Fatture / ricevute fiscali scontrini fiscali e ogni altra ulteriore documentazione;

_____ li ____ / ____ / ____
(luogo) (data)

(firma)