COMUNE DI CASTELSARACENO - C271 - REG_UFFICIALE - 0007019 - Interno - 18/11/2026 - 13:52

ISTANZA DI ACCESSO

AL SERVIZIO GRATUITO DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA E PROTESICA
Progetto PNES – Area Contrasto delle Povertà Sanitarie
Mediante Motorhome Odontoiatrico – Ambulatorio Mobile dell'ASP Basilicata

I/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ Codice fiscale_____
residente in _____ CAP _____Via/Piazza_____
Telefono _____ Email _____
Documento di identità n. _____
in qualità di:

- o Interessato/a
- o Genitore esercente la responsabilità genitoriale di _____
- o Tutore/Amministratore di sostegno_____
- o Delegato/a (con delega allegata)

CHIEDE

di poter accedere al servizio gratuito di assistenza odontoiatrica e protesica, erogato mediante il Motorhome Odontoiatrico attrezzato quale ambulatorio mobile dall'ASP Basilicata, nell'ambito del Progetto PNES – Area Contrasto delle Povertà Sanitarie.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del medesimo decreto in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

di trovarsi in una o più delle seguenti condizioni di vulnerabilità socio-economica:
(spuntare la voce di interesse)

- o Persona con reddito ISEE inferiore a € 10.000,00;
- o Persona con difficoltà di accesso ai servizi sanitari;
- o Cittadino straniero, comunitario o non comunitario, non iscritto al Servizio Sanitario Nazionale;
- o Persona titolare di esenzione dal pagamento del ticket per motivi di reddito;
- o Persona senza fissa dimora;
- o Altro soggetto in comprovata condizione di vulnerabilità socio-economica (specificare):_____

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- o Copia del documento di identità in corso di validità;
- o Attestazione ISEE in corso di validità, ove pertinente;
- o Documentazione attestante l'esenzione per reddito, ove pertinente;
- o Documentazione attestante la condizione di vulnerabilità, ove disponibile e necessaria;
- o Copia del documento di soggiorno, ove pertinente;
- o Delega e documento di identità del delegante, ove necessario;
- o Altra documentazione: _____.

DICHIARA ALTRESÌ

- di essere a conoscenza che l'accesso al servizio è subordinato alla verifica dei requisiti previsti dall'Avviso pubblico;
- di essere informato/a che le prestazioni saranno erogate gratuitamente nei limiti e secondo le modalità previste dal Progetto;
- di essere consapevole che la presentazione dell'istanza non comporta automaticamente il diritto all'erogazione delle prestazioni, essendo necessaria la valutazione sanitaria da parte del personale competente.

Firma

_____