***Oggetto: Istanza per Voucher Farmaceutici –Progetto Ciss XI Edizione.***

Il/La sottoscritto/a …………………....………………………………………………………………

nato/a ………………………………………… il …..........................................................................

e residente in Villaricca alla Via/Piazza ………………………………………n…………………..

tel./cell. ………..…………………………………………………………………………………….

**CHIEDE**

(barrare la voce che interessa)

**□ PER SE`**

**□ IN QUALITA` DI FAMILAIRE DI RIFERIMENTO** *(PRESENTE NEL NUCLEO FAMILIARE)* Il/La Sig………………………………………………………………………………………

nato/a………………………………………………………..il………………………..e residente in Villaricca alla via …………………………………………………………………………………..

C.F………………………………………………………………..tel. …………………………..

di poter accedere alla fruizione dei Voucher Farmaceutici da utilizzare presso la Farmacia Comunale di Villaricca per l’acquisto di prodotti farmaceutici, parafarmaceutici, alimentari e di automedicazione.

A tale uopo, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, d’informazione o uso di atti falsi, richiamate dagli Art. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000.

**DICHIARA**

* Di essere residente nel Comune di Villaricca;
* Di essere cittadino/a italiano/a e/o appartenente a uno stato membro della Comunità Europea e/o extracomunitario/a in possesso del permesso di soggiorno di lungo periodo
* Che il proprio nucleo familiare è così composto:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Specificare |  |  |  |  |  |
| relazione di |  |  |  |  |  |
| parentela | Cognome | Nome | Codice Fiscale | Nato il | Luogo di nascita |
| con il |  |  |  |  |  |
| dichiarante |  |  |  |  |  |
| Dichiarante |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |



**ALLEGA:**

* Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale;
* Modello ISEE del nucleo familiare in corso di validità;
* Copia del permesso di soggiorno o della carta di soggiorno per i cittadini extracomunitari.
* Decreto di invalidità civile e/o certificato del medico curante o specialista che attesti le patologie in essere alla data di presentazione dell’istanza

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L' Ufficio si riserva l'esercizio di controlli su quanto dichiarato.

***TRATTAMENTO DEI DATI:*** *Ai fini del rispetto delle vigenti disposizioni in materia di privacy (RGPD 2016/679), si rende noto che, tutti i dati personali comunicati dai richiedenti, saranno trattati in modalità cartacea e/o informatica nel rispetto di quanto previsto dalle vigenti disposizioni normative e regolamentari in materia. I dati saranno utilizzati esclusivamente per le finalità di cui alla presente richiesta.*

**Il Dichiarante**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_