COMUNE DI FERRAZZANO
(Provincia di Campobasso)

Oggetto: richiesta contributo economico straordinario per farmaci di fascia C in favore di cittadini affetti da patologie rare ai sensi della DGR n. 218 del 03/07/2026

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO

(ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 e successive modifiche e integrazioni)

Il/la sottoscritto/a _____ è consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi verrà punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera – art. 75 del D.P.R. n. 445/2000.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

(Nome) (Cognome)

il _____ C.F. _____

residente a _____ in Via/Piazza_____ n. _____

tel._____cell._____

in qualità di:

(*spuntare la sola casella interessata*)

- ☐ Diretto/a interessato/a
- ☐ Genitore o tutore*
- ☐ Altro familiare*

*Da compilare solo se genitore/tutore o altro familiare:

di_____ nato/a a _____

(Nome) (Cognome)

il _____ C.F. _____

residente a _____ in Via/Piazza_____ n. _____

affetto/a dalla seguente patologia rara _____ come da certificazione medica allegata

CHIEDE

il contributo economico straordinario per le spese sostenute per farmaci di fascia C per l'importo complessivo di € _____ di cui si allegano alla presente gli scontrini fiscali.

Accredito su C/C Bancario/Postale intestato a:

Cognome	Nome	Codice Fiscale

IBAN

Alla presente allega:

- ☐ Documento di riconoscimento in corso di validità;
- ☐ Idonea documentazione rilasciata dal SSN che attesti "l'indispensabilità e insostituibilità" dei farmaci di fascia C, in relazione alla patologia rara del richiedente;
- ☐ Scontrini fiscali "parlanti"
- ☐ ISEE ordinario in corso di validità

Luogo e Data_____ Firma_____