

AL COMUNE DI CHERASCO

RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO ESENZIONE TICKET

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in Cherasco, Via _____ n. _____
tel. _____

CHIEDE

il riconoscimento dello stato di indigenza per l'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria, per sé e i famigliari di seguito indicati:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Relazione di parentela	Codice fiscale
		Dichiarante	

Dichiaro di essere in possesso di attestazione **ISEE di €** _____

Il sottoscritto si impegna a segnalare entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione dichiarata nella stessa.

ATTENZIONE: In caso di accertamento di non veridicità sostanziale dei dati dichiarati, l'Amministrazione Comunale segnala d'ufficio il fatto all'Autorità giudiziaria per le sanzioni penali previste e procede alla revoca dei benefici concessi .

Dichiaro infine di autorizzare il trattamento dei dati personali soprariportati (D.lsg 196/2003 e s.m.i.).

Allega copia attestazione ISEE rilasciata in data _____ **da** _____

Cherasco, li _____

IL RICHIEDENTE

Modalità di apposizione della firma:

Allega copia fotostatica di un documento di riconoscimento

La firma del dichiarante viene apposta in presenza del dipendente addetto alla ricezione.

Data

Il dipendente addetto