

Al Sig. Sindaco
del Comune di
SAN PIER NICETO

OGGETTO: Decreto dell'Assessorato Regionale per la Salute del 19/12/2011 –
Esenzione ticket.

Il / La sottoscritt_ _____, nat_ a
_____ il _____ e residente in San Pier Niceto
Via _____ n. _____,

Codice Fiscale _____, Tel. _____

consapevole che il rilascio di dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale,
così come previsto dal D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

Che a seguito degli eventi alluvionali del 22/11/2011:

- Ha subito danni alla propria abitazione o alle proprie cose;
- Ha subito danni alla propria persona.

CHIEDE

Pertanto, di ottenere l'esenzione del pagamento delle quote di compartecipazione alla
spesa sanitaria, ivi compresa la quota dovuta sui farmaci equivalenti, prevista dal
Decreto Assessoriale del 19/12/2011.

A tale fine, allega:

1. Copia del documento d'identità;

Dichiara, infine, di acconsentire al trattamento dei dati personali come per legge.

San Pier Niceto, lì

IL / LA RICHIEDENTE
