

**Amministrazione destinataria**

Comune di Ischia

**Ufficio destinatario**

Servizio 4

## Domanda di rilascio del contributo economico a sostegno delle spese per le prestazioni sanitarie

**Il sottoscritto**

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata						

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento**

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

**in relazione alla seguente prestazione sociosanitaria**

Tipologia

**CHIEDE**

il contributo economico a sostegno delle spese per le prestazioni sanitarie

- per sé stesso  
 per il seguente familiare o tutelato

**soggetto interessato**

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, familiare, tutore legale, ecc.)											

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

di possedere il seguente ISEE

Importo	Data di rilascio	Data di scadenza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

€

di

essere invalido civile

Percentuale di invalidità

%

essere stato riconosciuto in condizione di handicap permanente grave ai sensi della Legge 05/02/1992, n.104, art. 3, com. 4

essere ultrasessantacinquenne e riconosciuto in condizione di non autosufficienza (invalidità totale)

altro

Specificare

di essere titolare di

Tipologia di entrata	Importo
<input type="checkbox"/> pensione	
<input type="text"/>	€
<input type="checkbox"/> indennità di accompagnamento	
<input type="text"/>	€
<input type="checkbox"/> indennità di frequenza	
<input type="text"/>	€
<input type="checkbox"/> assegno di guerra <i>(nell'ultimo anno)</i>	
<input type="text"/>	€
<input type="checkbox"/> pensione di reversibilità <i>(nell'ultimo anno)</i>	
<input type="text"/>	€
<input type="checkbox"/> rendita INAIL <i>(nell'ultimo anno)</i>	
<input type="text"/>	€
<input type="checkbox"/> altri emolumenti <i>(nell'ultimo anno)</i>	
<input type="text"/>	€

di comunicare ogni variazione all'autocertificazione resa

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

#### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

#### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Ischia

Luogo

Data

il dichiarante