compilazione a cura dell'utente

AL DIRETTORE DEL DISTRETTO S.S. n.° ____

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ in via _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____

Casella di posta elettronica _____

visto l'art. 22 della L. R. n. 14 del 04/08/2004 emanato ai sensi della L.R, n. 17 del 12/04/1995 "*diagnostica e terapia delle allergopatie presso le AA.SS.LL. della Regione Puglia* ",

Consapevole della responsabilità penale, prevista dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, nonché di quanto previsto dall'art. 75 dello stesso D.P.R., relativamente alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti ai provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

CHIEDE

(barrare la casella)

□ Per sé stesso/ □ per il minore _____il rimborso delle spese sostenute per la vaccinoterapia, necessaria e insostituibile per la cura delle allergopatie ammontanti ad €_____.

A tal fine si allega alla presente richiesta la fattura in originale (o il documento giuridicamente equivalente) dell'avvenuta consegna da parte della Ditta _____ dei vaccini richiesti.

DICHIARA

che il reddito complessivo del proprio nucleo familiare per l'anno _____ non è superiore a € 20.000. Il sottoscritto inoltre chiede che il pagamento delle somme avvenga tramite la seguente modalità:

(barrare la casella)

- □ Contante,
- □ Assegno circolare,
- □ Bonifico bancario al seguente IBAN:

Allega a tal riguardo la seguente documentazione:

1) Fattura in originale (o il documento giuridicamente equivalente),
2) Prescrizione medica di uno specialista accreditato attestante la necessità e insostituibilità del vaccino,
3) Documento d'identità (fotocopia) dell'assistito beneficiario/richiedente o del suo tutore legale,
4) Codice fiscale (fotocopia).

Lì, ____/_____/_____

In fede

_____