

**AL SIG. SINDACO**  
**DEL COMUNE DI TUGLIE**

**OGGETTO: Contributo spesa farmaceutica. Anno 2010.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in Tuglie alla  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, cittadino italiano/a  
(C.F. \_\_\_\_\_), telefono \_\_\_\_\_,  
in qualità di soggetto anziano secondo la definizione contenuta nell'art. 16, comma 2, della L.R.  
31.08.1981 n° 49,

**CHIEDE**

la concessione di un contributo alla spesa sostenuta, nell'anno 2010, in misura superiore a € 154,94, per farmaci non a carico del Servizio Sanitario Nazionale, in relazione a patologie elencate nel D.M. 28.05.1999 n. 329.

A tal fine, consapevole delle responsabilità, anche penali, che assume con la sottoscrizione della presente, dichiara:

1. di aver sostenuto, nell'anno 2010, una spesa complessiva di € \_\_\_\_\_ con riferimento ai soli farmaci di cui sopra;
2. di essere in possesso di n. \_\_\_\_\_ ricette mediche, con annessi n. \_\_\_\_\_ scontrini fiscali, recanti ciascuna, sia l'attestazione del Medico curante che il sottoscritto è portatore di una patologia compresa nel surrichiamato D.M. n. 329/1999 e che il farmaco viene prescritto per tale affezione, sia i timbri della Farmacia fornitrice attestanti la data e l'importo dell'acquisto (il timbro della farmacia non è necessario quando sullo scontrino è indicato il nome del farmaco);
3. che la suddetta spesa scaturisce dalla somma dei soli importi relativi all'acquisto dei farmaci oggetto della presente richiesta;
4. di essere a conoscenza che codesto Ente può richiedere l'esibizione di tutta la documentazione sopra indicata per eventuali operazioni di verifica.

CHIEDE, altresì, che il contributo eventualmente concesso, possa essere riscosso dal/dalla Sig./a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ al/alla quale, con la presente, conferisce apposita delega.

Allega, infine:

- la Dichiarazione Sostitutiva Unica prescritta al riguardo dalla legge e conforme al modello tipo ministeriale pubblicato nella G.U. n. 155 del 06.07.2001;
- copia dell'Attestazione ISEE valevole per la richiesta di prestazioni sociali agevolate, relativa al proprio nucleo familiare;
- \_\_\_\_\_ (nel caso in cui l'interessato debba provare lo stato di invalidità per il quale non eserciti e non possa proficuamente esercitare attività lavorativa).

Tuglie, li \_\_\_\_\_

IL/LA RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_