



COMUNE DI CRISPANO

Città Metropolitana di Napoli

MODELLO DI DOMANDA PER LA CONCESSIONE DI VOUCHER SOCIALI PER L'ACQUISTO DI FARMACI PRESSO LA FARMACIA COMUNALE DI CRISPANO

Il/la Sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il _____ residente in Crispano alla VIA/P.ZZA _____

C.F. _____ numero di telefono _____

Chiede di accedere ai voucher sociali per l'acquisto di farmaci presso la farmacia comunale sita in Crispano.

A tal fine dichiara:

1. Di essere cittadino: italiano comunitario extracomunitario _____
2. Di essere residente nel Comune di Crispano da almeno 12 mesi;
3. Che il proprio nucleo familiare è costituito da n. _____ componenti familiari;
4. Che il proprio nucleo familiare è costituito da n. _____ figli minori;
5. Che il proprio nucleo familiare è costituito da n. _____ anziani ultrasessantacinquenni;
6. Che il proprio nucleo familiare è costituito da n. _____ componenti familiari diversamente abili
7. Di essere nucleo uni genitoriale

Si allegano:

_ fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente;

_ attestazione ISEE in corso di validità;

_ ogni altra documentazione ritenuta utile e attestante uno dei titoli di preferenza sopra menzionati;

Il sottoscritto si impegna a comunicare, tempestivamente, al comune ogni variazione delle proprie condizioni reddituali, patrimoniali e familiari.

Crispano, li

Firma