CITTÀ DI
CASALE MONFERRATO

Esenzione e Rimborso spese ticket sanitario

DOMANDA DI AMMISSIONE

Il/la sottoscritto/a _____*

nato/a a _____(_____) il _____/____/_____

nazionalità _____

residente in _____(_____) C.A.P. _____

Via _____ n._____

Codice fiscale _____Tel._____

E-mail _____

Solo per i cittadini extracomunitari

in possesso di regolare permesso di soggiorno n°: _____

per motivi di_____

con scadenza_____ rilasciato il _____

CHIEDE

- **PER SE E I SUOI FAMILIARI SOTTO INDICATI CON LE RISPETTIVE GENERALITÀ:**

NOME E COGNOME	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

al beneficio dell'esenzione alla partecipazione alle spese sanitarie e del rimborso delle quote fisse farmaceutiche sostenute, di cui alle “Norme pratiche” comunali, approvate con atto di Giunta comunale n. 53 del 02/03/2021,
finalizzate alla partecipazione alla spesa sanitaria e farmaceutica dei residenti aventi titolo.
A tale scopo, preso atto di quanto contenuto nel relativo Allegato sui criteri e modalità di accesso al beneficio.

DICHIARA

(ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n° 445)

Sotto la propria responsabilità

avvalendosi delle disposizioni di cui agli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, e consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, qualora emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (per false dichiarazioni o attestazioni di fatti non rispondenti alla verità), decadrà anche dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera di cui all'art.75 D.P.R.n.445/2000.

1. di possedere, per il 2021, i requisiti richiesti;

2. che la situazione economica complessiva del nucleo familiare è attestata con Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) presentata in data_____/2021, da cui risulta un ISEE in corso di validità e priva di difformità pari a _____;
   - ISEE 2021 ORDINARIO
   - ISEE 2021 per prestazioni rivolte ai minorenni

3. Che egli stesso ed i componenti del suo nucleo familiare anagrafico possiedono **in totale n._____ beni mobili registrati** con le seguenti caratteristiche :

TARGA	MARCA	MODELLO	CILINDRATA	ANNO IMAT.

Che tutti i disoccupati del nucleo **sono iscritti al centro per l'impiego di_____**
Che il nucleo non abita in uso gratuito in unita' abitativa di proprieta' di parenti posti sull'asse ereditario diretto di alcuno dei suoi membri.
Che nessun membro del nucleo fruisce di redditi derivanti da lavoro autonomo.
Che nessun membro del nucleo e' titolare di partita IVA.
Che nessun membro del nucleo ha proprieta' immobiliari di alcun genere.

4. di NON usufruire già di altri analoghi benefici, agevolazioni, contribuzioni di altra natura e/o sgravi fiscali a qualsiasi titolo per le medesime finalità, risultando la spesa sopra indicata completamente a carico del richiedente e quindi non coperta, neanche parzialmente, da altre fonti (es. assicurazioni);
5. di impegnarsi, nel caso di fruizione della **detrazione IRPEF 19%** sulla dichiarazione dei redditi per l'anno corrispondente, a indicare, ai fini del calcolo per la detrazione, l'importo al netto dei rimborsi comunali ricevuti e, vale a dire solo la reale spesa rimasta a proprio carico, detratto il rimborso comunale, anche se, in caso di modello 730 precompilato, la voce risultasse già indicata tra quelle in detrazione;
6. di **di essere a conoscenza**, ai fini del riconoscimento del beneficio richiesto con la presente domanda che, con la sottoscrizione e la presentazione della stessa, accetta tutte le disposizioni previste dalle modalità e termini del procedimento di cui alle citate "Norme pratiche", come contenute nell'Avviso relativo e, in particolare:
   - di aver **letto e compreso** '"AVVISO 2021" contenente, per estratto, le "Norme pratiche" per il rimborso della partecipazione alla spesa sanitaria";
   - di **obbligarsi** a comunicare tempestivamente ogni **variazione della situazione** dichiarata all'atto della presente domanda, consapevole che ogni comunicazione sarà inviata ai **contatti** sopra indicati che, pertanto, s'impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale connessa variazione.
   - di **obbligarsi** a verificare che il rimborso sia limitato alle sole **spese NON comprese nell'esenzione** già assicurata dal Servizio Sanitario Nazionale (per

reddito, per patologia, per infortunio INAIL, per gravidanza, ecc.…);

7. di essere a conoscenza che il Comune effettuerà i **controlli sulle domande** circa la veridicità dei dati dichiarati, in conformità alle norme di legge e che, qualora emerga la non veridicità delle dichiarazioni, fermo restando quanto previsto dal Codice Penale e leggi speciali in materia, il dichiarante **decade dai benefici concessi**, con **obbligo di restituzione delle somme indebitamente percepite**. Nel caso di corresponsione dei benefici, si applica l'articolo 4, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109 in materia di controllo di veridicità delle informazioni fornite;
8. di essere a conoscenza che il Comune ha facoltà di **revocare** il beneficio concesso anche prima della scadenza, qualora si modifichino i presupposti regolamentari e/o normativi che hanno dato luogo all'ammissione al rimborso, nonché per imprevedibile esaurimento dei fondi di bilancio;

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SUI DIRITTI DEL DICHIARANTE

Ai sensi della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali e del Regolamento UE n. 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati personali), in ordine al procedimento instaurato con la presente domanda, s'informa che:

"Il Comune di Casale Monferrato tratta i dati personali dell'interessato nell'ambito del procedimento in corso e per il perseguimento delle sole finalità istituzionali. Un'informativa completa può essere rinvenuta sul sito internet dell'Amministrazione comunale (www.comune.casale-monferrato.al.it/privacy), oltre che nella sezione Amministrazione trasparente"

SOTTOSCRIZIONE DELLA RICHIESTA E DELLA DICHIARAZIONE

sopra estesa, resa anche barrando le caselle corrispondenti, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

Il dichiarante richiedente

Cognome_____ Nome _____ (Firma leggibile)

_____