

**DOMANDA DI CONTRIBUTO FONDO A SOSTEGNO DELLE
SPESE FARMACEUTICHE E SANITARIE (Fondo Incapienti) - ANNO 2024**

(da presentarsi entro e non oltre il giorno 02/10/2024)

Prot. n.

**All'Ufficio Politiche Sociali
del Comune di BIBBONA**

Il/La sottoscritto/a _____, **nato/a il** _____ **a**
_____ **e residente in Bibbona** _____

n. _____ **Tel.** _____ - **Codice Fiscale** _____, nucleo familiare
composto da n. ___, rivolge istanza alla S.V. al fine di ottenere le agevolazioni previste dal
bando di concorso relativo a:

FONDO INCAPIENTI (spese farmaceutiche e/o sanitarie sostenute nell'anno 2023)

A questo fine, sotto la sua personale responsabilità, ai sensi del DPR del 28/12/2000 n. 445,

DICHIARA quanto segue: *(barrare la casella che interessa)*

- di essere residente nel Comune di BIBBONA;
- di non aver presentato nell'anno 2024 modello "730" o Mod. UNICO/2024 relativo ai redditi prodotti nel 2023
- Di aver sostenuto nell'anno 2023 una spesa totale di € _____| per Spese sanitarie e farmaceutiche
- che l'intero **nucleo familiare** ha presentato l'Attestazione ISEE, in corso di validità, pari ad € _____;
- che nel proprio nucleo familiare sono presenti cittadini con riconosciuta invalidità civile superiore al 75%;

Bibbona, _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Allega i seguenti documenti:

- Documento riconoscimento del richiedente;
- Attestazione ISEE in corso di validità;
- Fotocopia 730/2024 oppure UNICO/2024 relativa ai redditi prodotti nel 2023, da cui risulti che non sono state dedotte spese farmaceutiche e sanitarie;
- attestazione della presenza nel nucleo familiare di persone con invalidità civile superiore al 75% oppure certificate ex Legge 104;
- Documentazione attestante le spese sanitarie e farmaceutiche sostenute nel 2023: scontrini fiscali e ricevute ticket per le spese mediche e farmaceutiche;

