



**AL DIRETTORE DEL DISTRETTO DSS1**

Via Dalmazia 3

72100 Brindisi

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**RICHIESTE IL CONTRIBUTO IN VIRTÙ' DELLA**

**Legge Regionale n°45/13; L.N.40/2004; circ.prot.n°1308/15 reg.Puglia**

***A tal fine, consapevole delle responsabilità di carattere civile e penale derivanti da affermazioni inesatte o non vere ai sensi dell'art. 46 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e s.m.i.,***

**DICHIARA**

**1) che il nucleo Familiare ha un ISEE inferiore a € 15.000 e pari a € \_\_\_\_\_**

**2) di essere  Coniugato  Convivente**

**3) di essere entrambi residenti in Puglia da almeno 1 anno dalla data di entrata in vigore della L.R.45/13**

**Allega alla presente la seguente documentazione medica e amministrativa:**

- certificazione medica comprovante la tipologia di intervento effettuato (1° livello contributo max €.400,00)
- certificazione medica comprovante la tipologia di intervento effettuato (2° e 3° livello contributo max €.1.000,00)
- attestazione ISEE
- fattura originale
- documento di identità' e cod.fiscale

Il rimborso della spesa complessivo di euro..... sostenuta potrà essere erogato a mezzo:

Bonifico bancario Iban: \_\_\_\_\_

assegno

Il sottoscritto autorizza, infine, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 l'ASL BR al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e formati successivamente per i quali la richiesta viene resa.

Con osservanza

Data \_\_\_\_\_

(firma) \_\_\_\_\_