



Città Metropolitana di Napoli
Settore Culturale e Sociale
Servizio Politiche Sociali

Al Dirigente Settore Sociale Culturale
Servizio Politiche Sociali
Comune di Afragola

Oggetto: Istanza Voucher Farmaceutici -

Il/La sottoscritto/anato/a.....
.....il.....
e residente in Vian.....
tel/cell.

CHIEDE

L'ottenimento di Voucher farmaceutici, nella misura disponibile. A tale uopo, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, d'informazione o uso di atti falsi, richiamate dell'artt 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000.

DICHIARA

- 1) Di essere residente nel Comune di Afragola
- 2) Di essere cittadino/a italiano/a e/o appartenente a uno stato membro della Comunità Europea e/extracomunitario/a in possesso del permesso di soggiorno di lungo periodo;
- 3) Di gestire un "Carico di cura" per la presenza all'interno del nucleo di un componente con disabilità;
- 4) Che il proprio nucleo familiare è così composto:

Specificare relazione di parentela con il dichiarante	Cognome	Nome	Codice Fiscale	Nato il	Luogo di nascita
Dichiarante					



Città Metropolitana di Napoli
Settore Culturale e Sociale
Servizio Politiche Sociali

Alla presente si allega

- 1) Dichiarazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità;
- 2) Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità;
- 3) Documentazione medica che attesti eventuale patologia;
- 4) Copia Permesso di soggiorno permanente per gli extracomunitari;

L' Ufficio si riserva l'esercizio di controlli su quanto dichiarato.

Il Sottoscritto dichiara di essere informato e quindi autorizzare, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. N. 196/2003, l'uso dei dati personali.

Afragola,

Il Dichiarante
