

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ provincia  
di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ;

Chiede di poter accedere all'erogazione dei Voucher Farmaceutici da spendersi presso la Farmacia Comunale.

Al tal fine dichiara

Sotto propria responsabilità ai sensi ed effetti dell'Art.47 D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione e uso di atti falsi, richiamate dall'Art.76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n°445

- Di essere residente nel Comune di Saviano
- Di avere un ISEE non superiore ad €2.500
- Di necessitare dei prodotti di cui alle prescrizioni allegate
- Di essere consapevole che la propria istanza sarà sottoposta a valutazione da parte dell'Assistente Sociale
- Di autorizzare ai sensi degli art. 13 e 23 del D.Lgs. n° 196/2003, il proprio consenso al trattamento dei dati personali

Data

Firma del richiedente

**N.B: si allega un documento di riconoscimento  
( fotocopia della carta d'identità)**