



Città Metropolitana di Torino
COMUNE DI STRAMBINO
 C.F. 84002930018 – P.IVA 02636840015

SPAZIO RIVERSATO ALL'UFFICIO

Domanda Ammissibile Non Ammissibile

Tesserino rilasciato n. _____

DOMANDA RILASCIO TESSERINO PER L'ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA (Deliberazione del Consiglio Comunale n. 47/2019)

Il/La sottoscritto/a

COGNOME		NOME	
LUOGO di NASCITA		DATA di NASCITA	
CITTADINANZA			
CODICE FISCALE			
INDIRIZZO CIVICO			
COMUNE		CAP	PROV
TELEFONO		CELLULARE	
INDIRIZZO E MAIL			

In qualità di: (*barrare la casella di interesse*) Genitore Legale Rappresentante del/dei seguenti minore/i:

1	COGNOME		
	LUOGO di NASCITA		
	CODICE FISCALE		
2	COGNOME	NOME	
	LUOGO di NASCITA	DATA di NASCITA	
	CODICE FISCALE		
3	COGNOME	NOME	
	LUOGO di NASCITA	DATA di NASCITA	
	CODICE FISCALE		

CHIEDE IL RILASCIO DEL TESSERINO DI ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA AL/AI PROPRI FIGLIO/I MINORE/I

DICHIARAZIONI

A tal fine, pienamente consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o comunque non corrispondente al vero ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 ed a conoscenza del fatto che decade di benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della/e dichiarazione/i non veritiera/e (art.75 del D.P.R. 445/2000) dichiara:

- Che il/i proprio/i figlio/i minore/i è/sono residenti a STRAMBINO;
- Di essere in possesso di Attestazione Isee del nucleo familiare Prot. n. INPS-ISEE-202_- _____ rilasciata in data ___in corso di validità con valore Isee di _____;

Che il/i proprio/i figlio/i minore/i non è/sono titolare/i (né ha diritto) di alcuna forma di **esenzione per reddito, patologia, gravidanza, invalidità** prevista dal Servizio Sanitario Nazionale e dalla Regione Piemonte;

Ovvero

Che il proprio figlio minore indicato al punto 1 è titolare (o ha diritto) della seguente **esenzione per reddito, patologia, gravidanza, invalidità** prevista dal Servizio Sanitario Nazionale e dalla Regione Piemonte: Codice

Che il proprio figlio minore indicato al punto 2 è titolare (o ha diritto) della seguente **esenzione per reddito, patologia, gravidanza, invalidità** prevista dal Servizio Sanitario Nazionale e dalla Regione Piemonte: Codice

Che il proprio figlio minore indicato al punto 3 è titolare (o ha diritto) della seguente **esenzione per reddito, patologia, gravidanza, invalidità** prevista dal Servizio Sanitario Nazionale e dalla Regione Piemonte: Codice

DICHIARA inoltre,

Di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Comune di Strambino qualsiasi intervenuta variazione dei requisiti anagrafici e/o economici dichiarati al momento della presentazione della domanda;

Di aver preso visione del Regolamento di applicazione dell'indicatore ISEE per l'accesso e la partecipazione al costo delle prestazioni sociali agevolate, pubblicato nella sezione Regolamenti del sito Internet del Comune di Strambino;

PRIVACY (mettere ✓ in corrispondenza del quadratino per presa visione)

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196, recante disposizione in materia di protezione dei dati personali, si rendono le seguenti informazioni:

- a. I dati personali sono richiesti, raccolti e trattati per lo svolgimento delle specifiche funzioni istituzionali e nei limiti previsti dalla relativa normativa;
- b. La comunicazione o la diffusione dei dati personali a soggetti pubblici o privati sarà effettuata solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria per lo svolgimento delle funzioni istituzionali;
- c. L'interessato potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196;
- d. Il titolare e responsabile del trattamento dei dati trattati è il Responsabile del Servizio Amministrativo.

ALLEGA

Elenco allegati:

[]* Copia della carta d'identità in corso di validità del richiedente;

[]*Copia della certificazione ISE-E in corso di validità (la consegna cartacea dell'Isee è facoltativa se si compila per esteso ed in maniera leggibile e completa il numero di Protocollo INPS nella parte precedente delle dichiarazioni);

[] Copia della tessera sanitaria del/i beneficiario/i;

[] Copia esenzioni eventualmente possedute;

AUTORIZZA

Il Comune di Strambino all'invio agli indirizzi indicati sopra di ogni comunicazione relativa all'istruttoria della domanda.

Luogo e data _____ Firma _____

NOTE. Il modulo compilato e firmato dovrà essere consegnato scegliendo in alternativa tra le seguenti opzioni:

- a mano presso l'Ufficio Protocollo del Comune di Strambino negli orari di apertura (lun-ven 8,30/12,30 apertura pomeridiana mar e giov 14,30/17,30)- Invio tramite mail a: protocollo@comune.strambino.to.it

Ufficio Politiche Sociali
Servizio Amministrativo - Piazza del Municipio 1 Strambino
Tel. 0125/636607 Posta elettronica: scuole@comune.strambino.to.it