**Al Comune di Acquaviva Collecroce**

|  |
| --- |
| RICHESTA DI RIMBORSO SPESE SOSTENUTE PER I FARMACI DI FASCIA C PER PAZIENTI AFFETTI DA PATOLOGIE RARE AI SENSI DELLA D.G.R. N. 215 DEL 10.07.2025 |

Il/la Sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di

- Diretto interessato

- Altro familiare (specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

- Tutore

**CHIEDE**

Il rimborso delle spese sostenute per farmaci di fascia C per l’importo complessivo di Euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Di cui si allegano alla presente gli scontrini fiscali.

In nome di:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in Acquaviva Collecroce in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Affetto da patologia rara \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Come da certificazione medica allegata.

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza che in caso di rimborso della spesa effettuata la stessa non potrà essere portata in detrazione nella denuncia dei redditi.

Allega:

- Documento di riconoscimento

- Certificazione medica attestante la patologia rara e richiesta di farmaci di fascia C

- Scontrini fiscali

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Di autorizzare ai sensi del regolamento U.E. 679/2016 il trattamento dei proprio dati per le finalità ed i termini connessi al presente servizio.