

**ISTANZA DI PARTECIPAZIONE AL BANDO VOUCHER FARMACEUTICI ANNO 2024**

Il sottoscritto (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in

OTTAVIANO alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ (obbligatorio)

**CHIEDE**

l'ottenimento di VOUCHER FARMACEUTICI – Anno 2024

A tal uopo, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, d'informazione o uso di atti falsi

**DICHIARA**

ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/00

*(barrare le voci interessate)*

- di essere cittadino italiano;
- cittadino comunitario;
- extracomunitario in possesso di permesso di soggiorno;
- In famiglia sono presenti n. \_\_\_\_\_ persone con più di 65 anni;
- In famiglia sono presenti n. \_\_\_\_\_ minori di 18 anni;
- In famiglia sono presenti n. \_\_\_\_\_ componenti con disabilità tra 75% e 100% ai sensi della legge 104/92 art. 3, comma 1;
- In famiglia sono presenti n. \_\_\_\_\_ componenti con disabilità con connotazione di gravità ex art. 3 comma 3 L. n. 104/92;

*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.*

In fede

\_\_\_\_\_

**Allega**

- 1) certificazione ISEE 2024
- 2) fotocopia del documento di identità personale
- 3) stato di famiglia originale OPPURE in autocertificazione come da modello allegato
- 4) fotocopia decreto invalidità con indicazione della percentuale per ogni componente con disabilità indicata