

Al Sig. Sindaco del Comune di

MARSALA

Marsala _____

OGGETTO: Assistenza Sanitaria farmaceutica per gli indigenti -

Il sottoscritt _____

nat _____ a _____ il _____

e residente a Marsala da oltre un anno nella Via o C/da _____

Tel. _____

CHIEDE

Di poter usufruire dell'assistenza sanitaria riguardante i farmaci che si scrivono alla "**Fascia C**" e che non trovano dispensazione gratuita.

A tal fine sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Che il proprio nucleo familiare è composto dalle seguenti persone:

1) _____ nat _____ il _____ reddito£. _____

2) _____ nat _____ il _____ reddito£. _____

3) _____ nat _____ il _____ reddito£. _____

4) _____ nat _____ il _____ reddito£. _____

5) _____ nat _____ il _____ reddito£. _____

6) _____ nat _____ il _____ reddito£. _____

Che il reddito complessivo di detto nucleo familiare, per l'anno _____ è stato di £. _____
Euro _____

Si allegano:

- 1) Certificato medico attestante la patologia e la relativa terapia medica;
- 2) Prescrizione medica relativa ai farmaci;
- 3) Preventivo dei farmaci redatto dalla Farmacia.
- 4) Stato di famiglia
- 5) Calcolo ISE

IN FEDE
