



COMUNE DI BARANELLO
Provincia di Campobasso

Oggetto: richiesta rimborso spese sostenute per farmaci di fascia C per pazienti affetti da malattie rare ai sensi della DGR n. 321 del 26/06/2024

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO
(ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 e successive modifiche e integrazioni)

Il/la sottoscritto/a _____ è consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi verrà punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera – art. 75 del D.P.R. n. 445/2000.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
(Nome) (Cognome)

il _____ C.F. _____

residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____

tel. _____ cell. _____

in qualità di:

(spuntare la sola casella interessata)

Diretto/a interessato/a

Genitore o tutore*

Altro familiare*

Luogo e Data _____

Firma _____

In relazione alla presente domanda, io dipendente addetto alla ricezione, atteso che:

Il dichiarante, identificato tramite il documento _____ n. _____
rilasciato da _____ in data _____ e in corso di validità;

Il dichiarante ha trasmesso per posta/telefax/terza persona la domanda, allegando
copia non autenticata del proprio documento di identità.

Luogo e data _____

Firma del dipendente addetto alla ricezione
