Al Comune di TRIESTE

BENVENUTI TRIESTINI

Richiesta di rimborso spese di farmacia

(Deliberazione Giuntale n. 486 dd. 25/10/2010)

La/il sottoscritta/o *(Cognome; Nome)* _____

Codice Fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

nata/o a _____ il _____

residente a _____ provincia _____ _____ CAP _____

in via _____ n. _____

domiciliato a _____ provincia _____ CAP _____

in via _____ n. _____

tel. _____**CELLULARE** |___|___|___| / |___|___|___|___|___|___|___|

CHIEDE

ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dalla D.G. n. 486 dd. 25/10/2010 il rimborso delle spese sostenute presso la Farmacia comunale_____
per un importo totale di €_____,_____

A tal fine, valendosi delle disposizioni di cui all'art. 46 del DPR 445 del 28 dicembre 2000, consapevole delle responsabilità penali che si assume, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

a) di essere genitore del minore:

Cognome _____ **Nome** _____
codice fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|
nato a _____ **il** _____ **M/F**

Cognome _____ **Nome** _____
codice fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|
nato a _____ **il** _____ **M/F**

b) che:

- ❑ **il sottoscritto genitore**
  oppure
- ❑ **l'altro genitore**:

Cognome e Nome_____

codice fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

nata/o a _____ il _____

residente a _____ provincia _____

in via _____ n. _____ Cap _____

❑ **Risiede da almeno dieci anni in Italia di cui almeno tre anni nel Comune di Trieste** (specificare comune e periodo di residenza)

Comune di_____ dal _____ al _____
Comune di_____ dal _____ al _____
Comune di_____ dal _____ al _____
Comune di_____ dal _____ al _____
Comune di_____ dal _____ al _____

❑ **Oppure di essere corregionale all'estero o discendente di corregionale all'estero che ha stabilito la propria residenza nel Comune di Trieste**

Dichiara inoltre di aver preso visione:

- dell'Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003

- dell'Informativa sull'avvio del procedimento ai sensi della legge 241/1990.

- Allega fotocopia scontrini d'acquisto

Data _____ Firma del dichiarante_____

La presente domanda può essere firmata in presenza del dipendente addetto, mostrando un documento d'identità.

Oppure può essere spedita o consegnata da altre persone già firmata, assieme ad una fotocopia del documento d'identità del dichiarante.