



COMUNE DI MONTELEPRE

Città Metropolitana di Palermo

**TERZO SETTORE: SERVIZI SOCIALI E
SCOLASTICI**
Via C. DI Bella n. 60
90040 MONTELEPRE

Cod. Fisc. e Partita IVA 00533320826
Tel. 091.8940207 – Fax 091.8940416
e_mail servizisociali@comune.montelepre.pa.it
PEC protocollo@pec.comune.montelepre.pa.it

All'Ufficio Servizi Sociali e Scolastici

Comune di Montelepre

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Prov. _____ il _____
il _____ / _____ / _____ Cod. Fisc. _____ e
residente in _____ alla
via/corso/piazza _____ N. _____ telefono
fisso _____ cellulare _____

CHIEDE

di essere ammesso ai trattamenti sanitari gratuiti nell'ambito del "Progetto PNES –Progetto Nazionale Equità Salute ASP PALERMO– Contrasto alla povertà sanitaria".

A tal fine, dichiara, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47, del D.P.R. 28/12/2000, n.445 e consapevole delle sanzioni civili e penali in cui incorre fornendo dichiarazioni false e/o mendaci:

- Di aver preso visione dell'avviso pubblico per l'ammissione al beneficio economico per il "Progetto PNES – INMP – ASP PALERMO – Contrasto alla povertà sanitaria" (spuntare la casella di interesse)
- Di essere Cittadino/a residente nel comune di Montelepre (PA), con attestazione ISEE, in corso di validità, di importo pari o inferiore ad euro 10.000,00
- Di essere cittadino/a residente nel comune di Montelepre (PA), titolare di esenzione ticket per reddito n. _____
- Di essere straniero non iscritto/a al SSN e Temporaneamente Presente con codice STP _____
- Di essere cittadino/a Comunitario/a non iscritto/a al SSN con codice ENI _____.

Si allega alla presente:

- Fotocopia del documento d'identità o di riconoscimento del richiedente in corso di validità
- Attestazione ISEE in corso di validità
- Altro tipo di documentazione attestante i requisiti dichiarati

Montelepre, li _____

Firma del richiedente _____