

# **COMUNE DI CASTEL MELLA**

Provincia di Brescia

## **AREA SERVIZI ALLA PERSONA** **Ufficio SERVIZI SOCIALI**

### **BANDO PER LA CONCESSIONE DI CONTRIBUTI PER SPESE SANITARIE ULTRASESSANTACINQUENNI - PERIODO 01/01/2025 – 31/12/2025**

Il/la sottoscritto/a:

#### **GENERALITÀ :**

Cognome e Nome ..... nato/a .....

il ..... residente a Castel Mella in via ..... n. ....

C.F. ....

tel. ..... mail.....

#### **CHIEDE**

l'assegnazione del contributo per spese sanitarie di cui al Bando approvato dalla Giunta comunale con deliberazione n. 7 del 19/01/2026.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazione falsa di cui all'art.76 del DPR n.445/2000 ed avendo preso visione di tutti i requisiti necessari per accedere al contributo

#### **DICHIARA QUANTO SEGUE**

**SPESA SOSTENUTA** dal 01/01/2025 al 31/12/2025: € .....  
(da certificare)

*La certificazione delle spese deve avvenire mediante presentazione di scontrini fiscali parlanti e/o fatture in cui sono indicati natura e quantità dei medicinali acquistati, codice alfanumerico posto sulla confezione di ogni medicinale e codice fiscale del destinatario dei medicinali.*

- che il valore ISEE 2026 del proprio nucleo familiare è pari a € .....

- che il proprio nucleo familiare di risultanza anagrafica è così composto

<b>Cognome e Nome</b>	<b>Data nascita</b>	<b>Occupazione</b>	<b>Fiscalmente a carico (si / no)</b>	<b>Rapporto di parentela con il dichiarante</b>	<b>Soggetto invalido &gt;74% da certificare</b>
				DICHIARANTE	


## **PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO**

Il pagamento avverrà tramite accredito su c/c bancario o postale a mezzo bonifico – a tal fine comunica il proprio IBAN:

(si precisa che il c/c indicato deve essere necessariamente intestato o cointestato al richiedente)

### ● ALLEGATI

- documentazione attestante le spese sanitarie sostenute al momento della presentazione della domanda (*scontrini fiscali parlanti in cui sono indicati natura e quantità dei medicinali acquistati, codice alfanumerico posto sulla confezione di ogni medicinale e codice fiscale del destinatario dei medicinali, fatture, etc.*);
- verbale/i di invalidità rilasciato/i dall' A.T.S. (se ricorre il caso)

**PRIVACY:** Il sottoscritto dichiara di essere informato che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati al Comune di Castel Mella saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE e che il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Castel Mella.

L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE.

L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici dell'Ente e consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo [www.comune.castelmella.bs.it](http://www.comune.castelmella.bs.it)

Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ente è il seguente soggetto:

DPO	P.IVA	Via/Piazza	CAP	Comune	Nominativo DPO
LTA S.r.l.	14243311009	VIA DELLA CONCILIAZIONE, 10	00193	ROMA	dott. Luigi Recupero

Castel Mella, lì .....

.....

*firma*