

OGGETTO: richiesta rimborso spese sostenute per farmaci di fascia C per pazienti affetti da patologie rare ai sensi della D.G.R. n.334 del 23/10/2023

Il/la sottoscritto/a _____ Nato/a _____

prov. _____ il ____/____/____ Residente in _____ Via _____ n° _____

C.F. _____

tel. _____ cell. _____

in qualità di :

- Diretto/a interessato/a
- Altro familiare (specificare _____)
- tutore

CHIEDE

Il rimborso delle spese sostenute per farmaci di fascia C per l'importo complessivo di € _____ di cui si allegano alla presente gli scontrini fiscali.

In nome di:

Nome e Cognome _____ nato/a _____

Prov. _____ il _____ e residente in Montenero Val Cocchiara (IS) via _____

n° _____ affetto/a da patologia rara _____ come da certificazione medica allegata.

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza che in caso di rimborso della spesa effettuata la stessa non potrà essere porta in detrazione nella denuncia dei redditi.

Allega:

- **documento di riconoscimento in corso di validità**
- **certificazione medica attestante la patologia rara e richiesta farmaci di fascia C**
- **scontrini fiscali" parlanti" ovvero dettagliati.**

Luogo e data _____

Firma

Di autorizzare, ai sensi del regolamento U.E. 679/2016, il trattamento dei propri dati per le finalità ed i termini connessi al presente servizio.

Firma
