

# 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 01/01/2024 - 31/12/2024

Il/la sottoscritto/a:

**GENERALITÀ :**

Cognome e Nome ..... nato/a 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.5 del 20/01/2025.

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 01/01/2024 al 31/12/2024: € .....  
(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 2025 del proprio nucleo familiare è pari a € .....

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

Cognome e Nome	Data nascita	Occupazione	Fiscalmente a carico (si / no)	Rapporto di parentela con il dichiarante	Soggetto invalido >74% da certificare
				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, li .....

.....  
*firma*