

**Al Comune di SALO'
ASSESSORATO AI SERVIZI SOCIALI**

Il sottoscritto nato a/in
il..... residente in SALO', Viatel.
cell.....
C.F.:.....

In condizioni di indigenza economica

CHIEDE

Di poter ottenere per sé, per i propri familiari fiscalmente a carico e per i componenti del nucleo familiare che convivono, il rimborso dei tickets sanitari.

A tal fine, in presenza della sottoelencata situazione reddituale, di cui allega la relativa documentazione, consapevole delle responsabilità di cui alla legge 04.01.1968 n. 15

DICHIARA

Di aver conseguito nell'anno _____ i seguenti redditi ai fini ISEE (di cui si allega copia).

GRADO PARENTELA	COGNOME E NOME	I.S.E.

Il sottoscritto dichiara di non possedere:

- 1 - altre proprietà immobiliari oltre alla prima casa;
- 2 - autovettura di cilindrata superiore ai 1600;
- 3 - più di un autoveicolo;
- 4 - camper, autocaravan, roulotte, motoscafi.

E dichiara infine che lo stesso vale per i familiari fiscalmente a carico e per i membri del nucleo familiare conviventi.

Salò, _____

Firma del dichiarante
