



## Comune di Monte Argentario

(Provincia di Grosseto)

Ufficio Attività Sociali

58019 Porto Santo Stefano – Piazzale dei Rioni, 8 Tel 0564 81.19.71

www.comune.monteargentario.gr.it cultura@comune.monteargentario.gr.it

argentario@pec.comune.monteargentario.gr.it

Al Sig. Sindaco del Comune di  
MONTE ARGENTARIO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a Porto \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
N. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Ai sensi della legge 25-11-1982 n.382 (lett.A, comma 1° dell'art.3) l'esenzione dalle quote di compartecipazione alla spesa sanitaria, quale INDIGENTE, per se stesso e/o per i familiari a carico o per i componenti del nucleo di convivenza di tipo familiare.

### DICHIARA

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali e civili previste dalle vigenti normative, che la composizione del proprio nucleo familiare, nonché la situazione reddituale di ciascun componente del nucleo è la seguente:

N. TESSERA SANITARIA	COGNOME E NOME CODICE FISCALE	LUOGO E DATA DI NASCITA	PROFESSIONE	REDDITO DA LAVORO	MENSILE ALTRO
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Abitazione vani \_\_\_\_\_ in proprietà \_\_\_\_\_ in affitto \_\_\_\_\_ canone mensile \_\_\_\_\_

Altre eventuali proprietà immobiliari di ciascun componente del nucleo:

Veicoli di proprietà di ciascun componente del nucleo stesso:

Dichiara inoltre di non essere o essere in possesso di altre esenzioni per motivi sanitari (se sì, indicare la patologia \_\_\_\_\_)

Il sottoscritto ai sensi della L. 675/96 esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali per l'intero procedimento

Monte Argentario, \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE