**ALL. “B”**

**AL COMUNE DI FLORESTA**

**Ufficio Servizi Sociali**

**DOMANDA DI RIMBORSO SPESE MEDICHE ANNO 2025**

**Il/La sottoscritto/a** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dichiara di voler accedere al contributo per il rimborso delle spese mediche sostenute nel 2025 e, a tal fine,

**DICHIARA**

* di essere residente nel Comune di Floresta (ME);
* di essere in possesso di attestazione ISEE in corso di validità pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di aver sostenuto le seguenti spese mediche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* che le spese non sono state rimborsate dal SSN né da altri enti o assicurazioni;

**ALLEGATI:**

* Copia del documento d’identità;
* Attestazione ISEE;
* Documentazione delle spese;
* Eventuali prescrizioni mediche.

[Luogo], \_\_*/****\_\_***/2025

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 445/2000, la presente dichiarazione sostituisce ogni certificazione)**