



Comune di Campochiaro
Provincia di Campobasso

86020 - Piazza Madonna delle Grazie, 4

cod. fiscale 80004310704 – p. I.V.A. 001 7872 070 2 tel. 0874.789131

info: comune.campochiaro@virgilio.it

PEC: comune.campochiaro@legalmail.it

Oggetto: Richiesta rimborso spese sostenute per farmaci di fascia C per pazienti affetti da malattie rare ai sensi della DGR n. 321 del 25/06/2024

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO

(ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 e successive modifiche e integrazioni)

Il/la sottoscritto/a _____ è consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi verrà punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera – art. 75 del D.P.R. n. 445/2000.

Il/la sottoscritto/a (Nome e Cognome) _____
nato/a a _____ il _____

C.F. _____

residente a _____ in Via/Piazza _____
n. _____ tel. _____ cell. _____

in qualità di:

(spuntare la sola casella interessata)

- Diretto/a interessato/a
- Genitore o tutore*
- Altro familiare*

