

Al sig.Sindaco del Comune di Argenta

RICHIESTA CERTIFICAZIONE per esenzione farmaci

ai sensi della Delibera della Giunta Regionale dell'Emilia Romagna **n. 2254/2024** avente ad oggetto: "PROSECUZIONE DI INTERVENTI DI CUI ALLA DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE N. 492/15 IN MATERIA DI SOSTEGNO AI LAVORATORI COLPITI DALLA CRISI E DI ALTRE FASCE DEBOLI PER L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE".

Il / La sottoscritto / anato a.....

ilresidente a

via.....n.....*telefono.....

codice fiscale

CHIEDE

che da parte di codesto Comune gli venga rilasciata la certificazione di cui all'oggetto.

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza del Regolamento specifico, di avere il valore Isee rientrante nei limiti previsti dalla Legge e di autorizzare il Comune di Argenta al trattamento dei miei dati in base alla legge 196/03.

In Fede _____

Argenta, il _____