

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 / a .....nato a.....

il .....residente 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 \_\_\_\_\_