

**AL SIGNOR 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 a _____ il _____

residente a _____ via _____ n. _____

telefono _____ codice fiscale _____

trovandosi in condizione di grave disagio socio-economico

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