



Città Metropolitana di Torino  
**COMUNE DI STRAMBINO**  
 C.F. 84002930018 – P.IVA 02636840015

**SPAZIO RIVERSATO ALL'UFFICIO**

Domanda  Ammissibile  Non Ammissibile

Tesserino rilasciato n. \_\_\_\_\_

**DOMANDA RILASCIO TESSERINO PER L'ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA (Deliberazione del Consiglio Comunale n. 47/2019)**

Il/La sottoscritto/a

|                  |  |                 |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|--|-----------------|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| COGNOME          |  | NOME            |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| LUOGO di NASCITA |  | DATA di NASCITA |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CITTADINANZA     |  |                 |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CODICE FISCALE   |  |                 |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| INDIRIZZO CIVICO |  |                 |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| COMUNE           |  | CAP             |  | PROV |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TELEFONO         |  | CELLULARE       |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| INDIRIZZO E MAIL |  |                 |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

In qualità di: (*barrare la casella di interesse*)  Genitore  Legale Rappresentante del/dei seguenti minore/i:

|   |                  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|------------------|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1 | COGNOME          |  | NOME            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | LUOGO di NASCITA |  | DATA di NASCITA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | CODICE FISCALE   |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | COGNOME          |  | NOME            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | LUOGO di NASCITA |  | DATA di NASCITA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | CODICE FISCALE   |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | COGNOME          |  | NOME            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | LUOGO di NASCITA |  | DATA di NASCITA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | CODICE FISCALE   |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**CHIEDE IL RILASCIO DEL TESSERINO DI ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA AL/AI PROPRI FIGLIO/I MINORE/I**

**DICHIARAZIONI**

A tal fine, pienamente consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o comunque non corrispondente al vero ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 ed a conoscenza del fatto che decade di benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della/e dichiarazione/i non veritiera/e (art.75 del D.P.R. 445/2000) dichiara:

- Che il/i proprio/i figlio/i minore/i è/sono residenti a STRAMBINO;
- Di essere in possesso di Attestazione Isee del nucleo familiare Prot. n. INPS-ISEE-202\_- \_\_\_\_\_ rilasciata in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_, in corso di validità con valore Isee di € \_\_\_\_\_;
- Che il/i proprio/i figlio/i minore/i non è/sono titolare/i (né ha diritto) di alcuna forma di **esenzione per reddito, patologia, gravidanza, invalidità** prevista dal Servizio Sanitario Nazionale e dalla Regione Piemonte;

Ovvero

Che il proprio figlio minore indicato al punto 1 è titolare (o ha diritto) della seguente **esenzione per reddito, patologia, gravidanza, invalidità** prevista dal Servizio Sanitario Nazionale e dalla Regione Piemonte:  Codice .....

Che il proprio figlio minore indicato al punto 2 è titolare (o ha diritto) della seguente **esenzione per reddito, patologia, gravidanza, invalidità** prevista dal Servizio Sanitario Nazionale e dalla Regione Piemonte:  Codice .....

Che il proprio figlio minore indicato al punto 3 è titolare (o ha diritto) della seguente **esenzione per reddito, patologia, gravidanza, invalidità** prevista dal Servizio Sanitario Nazionale e dalla Regione Piemonte:  Codice .....

### **DICHIARA inoltre,**

Di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Comune di Strambino qualsiasi intervenuta variazione dei requisiti anagrafici e/o economici dichiarati al momento della presentazione della domanda;

Di aver preso visione del Regolamento di applicazione dell'indicatore ISEE per l'accesso e la partecipazione al costo delle prestazioni sociali agevolate, pubblicato nella sezione Regolamenti del sito Internet del Comune di Strambino;

### **PRIVACY (mettere ✓ in corrispondenza del quadratino per presa visione)**

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196, recante disposizione in materia di protezione dei dati personali, si rendono le seguenti informazioni:

- a. I dati personali sono richiesti, raccolti e trattati per lo svolgimento delle specifiche funzioni istituzionali e nei limiti previsti dalla relativa normativa;
- b. La comunicazione o la diffusione dei dati personali a soggetti pubblici o privati sarà effettuata solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria per lo svolgimento delle funzioni istituzionali;
- c. L'interessato potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196;
- d. Il titolare e responsabile del trattamento dei dati trattati è il Responsabile del Servizio Amministrativo.

### **ALLEGA**

#### **Elenco allegati:**

[ \_ ] Copia della carta d'identità in corso di validità del richiedente;

[ \_ ] Copia della certificazione ISE-E in corso di validità (la consegna cartacea dell'Isee è facoltativa se si compila per esteso ed in maniera leggibile e completa il numero di Protocollo INPS nella parte precedente delle dichiarazioni);

[ \_ ] Copia della tessera sanitaria del/i beneficiario/i;

[ \_ ] Copia esenzioni eventualmente possedute;

### **AUTORIZZA**

Il Comune di Strambino all'invio agli indirizzi indicati sopra di ogni comunicazione relativa all'istruttoria della domanda.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**NOTE.** Il modulo compilato e firmato dovrà essere consegnato scegliendo in alternativa tra le seguenti opzioni:

- a mano presso l'Ufficio Protocollo del Comune di Strambino negli orari di apertura (lun-ven 8,30/12,30 apertura pomeridiana mar e giov 14,30/17,30)- Invio tramite mail a: [protocollo@comune.strambino.to.it](mailto:protocollo@comune.strambino.to.it)

**Ufficio Politiche Sociali**  
Servizio Amministrativo - Piazza del Municipio 1 Strambino  
Tel. 0125/636607 Posta elettronica: [scuole@comune.strambino.to.it](mailto:scuole@comune.strambino.to.it)