

Alla ASL Roma 1 - Distretto

Il/la sottoscritto/a _____

- Cittadino Italiano;
- Cittadino straniero con cittadinanza italiana;
- Familiare di cittadino straniero con cittadinanza italiana;
- Rifugiato politico;

nato/a il _____ a _____

residente in _____ via _____ n. _____

Tel. _____ email _____

C.F. _____

Professione:

- Lavoratore dipendente;
- Lavoratore Autonomo;
- Pensionato;
- Disoccupato proprietario di casa o di terreno;

Nucleo Familiare composto dai seguenti familiari conviventi (come da certificato anagrafico):

- Coniuge;
- Figli;
- Genitori;
- Fratelli o sorelle;

CHIEDE

che gli vengano corrisposte le indennità per la malattia Tuberculare previste dall'art. 5, comma 2 della legge 88/1987

CONSAPEVOLE

- che in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero, non avrà effetto il beneficio conseguito e potranno essere adottate sanzioni penali (art. 76 del D.P.R. 445/2000);
- della possibilità che potranno essere eseguiti controlli tesi a verificare la veridicità di quanto dichiarato (art. 71 del D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

- ai sensi della Circolare n. 27/2000 del 5.10.2000, del Ministero dell'Interno (Prot. n. 807/TBC), che il reddito del proprio nucleo familiare, composto dal sottoscritto e dai familiari come sopra indicati, è complessivamente inferiore al minimo imponibile ai fini della dichiarazione dei redditi IRPEF anno 20.....;

Il sottoscritto si impegna a rendere immediatamente note a codesta ASL e comunque non oltre il 15° giorno dall'evento ogni variazione che dovesse verificarsi sia nel reddito, sia nello stipendio o retribuzione.

Allega alla presente domanda i seguenti documenti:

1. Certificato di ricezione della domanda di assegni di indennità tubercolare presentata all'INPS;
2. _____
3. _____
4. _____

Indica il seguente conto corrente bancario o postale per la ricezione del pagamento dell'indennità:

Banca/ufficio postale

IBAN

Intestato a Sig.

Luogo e data _____ Firma _____

Il sottoscritto, ai sensi del DLgs 196/2003 e ss. mm. e ii. (codice sulla privacy) esprime il proprio consenso al trattamento dei dati riportati nella presente dichiarazione con riferimento al procedimento per il quale la dichiarazione è stata rilasciata

Luogo e data _____ Firma _____