

Montenero di Bisaccia, _____

**Al sig. Sindaco
del Comune di Montenero di Bisaccia
Simona Contucci**

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ e
residente presso il comune di Montenero di Bisaccia in via _____
N. _____ Tel: _____ DICHIARA di essere affetto da patologia
rara e

CHIEDE

Il rimborso per l'acquisto dei farmaci fascia C secondo la delibera n. 334 del 23/10/2023 per i cittadini residenti nella Regione Molise.

Allega:

- Modello ISEE in corso di validità anno 2023;
- Documentazione rilasciata dal SSN che attesti "l'indispensabilità e insostituibilità" dei farmaci di fascia C e dichiarazione da parte del medico curante di essere affetto/a da patologia "rara";
- carta d'identità del richiedente e del beneficiario;
- scontrini fiscali;
- ricetta medica.

FIRMA