

**COMUNE DI BIBBONA**

PROVINCIA DI LIVORNO

Piazza C. Colombo n. 1

Tel. 0586 672111 - fax 0586 670363

AREA AFFARI GENERALIAL SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI BIBBONA

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ e residente in
Bibbona, Via _____ – cod. f. _____, fa richiesta a codesta
spett. Amm.ne per l'esenzione per le spese sanitarie e farmaceutiche a favore del proprio nucleo
familiare, composto da:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Dichiaro :

- L'esistenza o meno di beni mobili registrati (autoveicoli, natanti ecc..) con l'anno di immatricolazione;
- L'esistenza o meno di lavoro a domicilio o autonomo e sua consistenza mensile alla data della richiesta;
- L'esistenza o meno di proprietà immobiliari, anche a riscatto, loro natura ed eventuale reddito;
- L'esistenza o meno di depositi bancari o assimilati e consistenza degli interessi da essi derivati, alla data della richiesta;
- Che il reddito percepito dal nucleo familiare nell'anno _____ ammonta a € _____

Allego alla presente :

- ❖ Fotocopia dell'ultima dichiarazione dei redditi
- ❖ Fotocopia dell'ultima busta paga di ciascun componente il nucleo familiare
- ❖ Fotocopia dei cedolini di pensione aggiornata alla data della richiesta
- ❖ Stato di famiglia
- ❖ Certificato di residenza con specificazione della data di inizio della residenza
- ❖ Eventuale certificazione medica attestante le condizioni di salute
- ❖ Fotocopia dell'eventuale ultima ricevuta d'affitto o intimazione di sfratto
- ❖ Eventuale tesserino di disoccupazione vistato dall'Ufficio del Lavoro
- ❖ Ogni altro documento ritenuto utile per l'ottenimento dell'esenzione.

In fede.

Bibbona li _____

FIRMA
