

Sede legale e operativa Viale Randi, 5 48122 Ravenna Tel. 0544/285260
Sede sociale Tel. e Fax 0544/285809 - Partita IVA e Codice Fiscale 00121440390
Web: www.craldausl.ra.it E-Mail: info@craldausl.ra.it Pec: craldausl.ra@pec.it

BANDO SPESE SANITARIE 2025

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____ residente a _____

in via/piazza _____ n. _____

C.F. _____

Indirizzo mail _____

Tel. _____

Socio C.R.A.L.D. n. tessera _____

CHIEDE

di partecipare al Bando per il rimborso delle spese sanitarie sostenute nell'anno 2024.

Si allega alla presente domanda:

- Documento del reddito familiare: modello ISEE
- Copia delle comprovate spese sanitarie estratte dalla dichiarazione dei redditi (Modello 730 solo pagina del QUADRO E)

QUADRO E - Oneri e spese

SEZIONE I - SPESE PER LE QUALI SPETTA LA DETRAZIONE D'IMPOSTE

	Spese patologie esenti		SPESE SANITARIE	
	1	Rateazione (barrare la casella)	2	
E1	SPESE SANITARIE	,00		,00
E2	SPESE SANITARIE PER FAMILIARI NON A CARICO AFFETTI DA PATOLOGIE ESENTI			,00
E3	SPESE SANITARIE PER PERSONE CON DISABILITA'			,00

☐ Esprimo il consenso al trattamento dei dati finalizzato alla verifica di quanto dichiarato

Data _____ Il/la Dichiarante _____

Dichiarazione esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3 comma 11 della Legge 15 maggio 1997 n. 127, così come modificato dell'art. 2 commi 10 e 11 della Legge 16-06-98 n. 191. Dichiarazione esente dall'imposta di bollo ai sensi dell'art. 14 Tabella B del D.P.R. 642/72.

Avvertenza: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato in base della dichiarazione non veritiera