

### Richiesta di bonus famiglia

Il sottoscritto .....nato a.....

il..... residente nel Comune di: *(barrare la casella che interessa)*

- Comune di Abetone-Cutigliano, Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- Comune di Marliana, Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- Comune di Montale-frazione di Tobbiana, Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- Comune di Pistoia, frazione di Pracchia, Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- Comune di Pistoia, frazione di Orsigna, Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- Comune di Sambuca Pistoiese, Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- Comune di San Marcello-Piteglio, Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Vista la deliberazione dell'Assemblea dei Soci della Società della Salute Pistoiese n. 13 del 27 luglio 2018

#### RICHIEDE

In qualità di: *(barrare la casella che interessa)*

- madre
- padre
- esercente la potestà genitoriale del minore per cui si richiede il bonus

la concessione del beneficio denominato "bonus famiglia"

e, a tal fine,

- consapevole della propria responsabilità penale, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n°445, nel caso di dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi, **sotto la propria responsabilità,**

#### DICHIARA

- che nel proprio nucleo familiare è presente un minorenni di età pari o inferiore a 3 anni rispetto alla data di scadenza dell'avviso pubblico

*Indicare nome, cognome, data di nascita del minore*

NOME: \_\_\_\_\_

COGNOME: \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_

- che l'I.S.E.E. del proprio nucleo familiare, in corso di validità, è pari a: € \_\_\_\_\_ e rientra nella seguente fascia:

*(barrare la casella che interessa)*

- 1^ fascia: ISEE da € 0 a € 10.000,00
- 2^ fascia: ISEE da € 10.000,01 a € 20.000,00
- 3^ fascia: ISEE da € 20.000,01 a € 30.000,00

- che, in caso di ammissione al beneficio, richiederà la fornitura di prodotti per l'infanzia alla seguente farmacia:

***ATTENZIONE: indicare una sola farmacia***

**Comune di Abetone Cutigliano**

- Farmacia dell'Abetone** - 0573/60014  
VIA BRENNERO, 185 - 51021 ABETONE
- Farmacia di Cutigliano** - 0573/68010  
PIAZZA CATILINA,15 - 51024 CUTIGLIANO

**Comune di Marliana**

- Farmacia di Marliana** - 0572/68010  
PIAZZA DEL POPOLO - 51010 MARLIANA
- Farmacia Pharmagroup** - 0572/68143  
VIA PER MONTAGNANA,352 - 51030 MONTAGNANA

**Comune di Montale**

- Farmacia Pecori Vettori** - 0573/55012  
VIA DON MINZONI, 7 - 51037 MONTALE
- Farmacia Betti** - 0573/595993  
VIA VOLTA, 2-4-6 - 51037 FOGNANO

**Comune di Pistoia**

- Farmacia di Pracchia** - 0573/490078  
VIA NAZIONALE, 145 - 51100 PRACCHIA

**Comune di Sambuca P.se**

- Farmacia del Ponte** - 0534/60075  
VIA PONTE ALLA VENTURINA - 51020 SAMBUCA

**Comune di San Marcello Piteglio**

- Farmacia di Campotizzoro** - 0573/65006  
VIALE ORLANDO 86 – 51032 CAMPOTIZZORO
- Farmacia di Maresca** - 0573/64019  
VIA RISORGIMENTO, 72 - 51026 MARESCA
- Farmacia di Gavinana** - 0573/66139  
PIAZZA FERRUCCI, 5 - 51025 GAVINANA

- **Farmacia Comunale – 0573/630176**  
VIA MARCONI, 142 – 51028 SAN MARCELLO PISTOIESE
- **Farmacia di Popiglio - 0573/674154**  
VIA NAZIONALE, 55 - 51020 POPIGLIO
- **Farmacia di Prunetta - 0573/672888**  
VIA STATALE MAMMIANESE, 331 - 51020 PRUNETTA

Dichiara inoltre di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

**FIRMA DEL RICHIEDENTE**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allegato: copia di documento di riconoscimento del richiedente il beneficio