

Direzione Sanità, welfare e coesione sociale
Settore Prevenzione, Salute e Sicurezza, Veterinaria
Via Taddeo Alderotti 26/N – 50139 FIRENZE

Allegato “B”

(Dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritto

CODICE FISCALE																		COGNOME	NOME
COMUNE DI NASCITA (o Stato estero)																	PROVINCIA DI NASCITA	DATA DI NASCITA	
COMUNE DI RESIDENZA																	PROVINCIA DI RESIDENZA	CAP	
INDIRIZZO DI RESIDENZA																	TELEFONO		
INDIRIZZO EMAIL																	INDIRIZZO PEC		

ai sensi del D.P.R. 445/2000 (autocertificazione), consapevole della responsabilità penale cui può incorrere per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del citato D.P.R. 445/2000,

per le finalità di cui al *D.M. 30 aprile 2025*

DICHIARA

- di aver compiuto i 65 anni di età alla data della/e spesa/e per le prestazioni veterinarie sotto dettagliate;
- di essere residente in Regione Toscana;
- di essere in possesso di indicatore ISEE ordinario inferiore a 16.215 Euro nell'anno precedente a quello per il quale si chiede il sostegno;
- relativamente agli animali d'affezione di sua proprietà, come di seguito identificati nella Banca Dati della Regione Toscana:

NUMERO MICROCHIP																	CANE <input type="checkbox"/>	GATTO <input type="checkbox"/>	FURETTO <input type="checkbox"/>
NUMERO MICROCHIP																	CANE <input type="checkbox"/>	GATTO <input type="checkbox"/>	FURETTO <input type="checkbox"/>
NUMERO MICROCHIP																	CANE <input type="checkbox"/>	GATTO <input type="checkbox"/>	FURETTO <input type="checkbox"/>
NUMERO MICROCHIP																	CANE <input type="checkbox"/>	GATTO <input type="checkbox"/>	FURETTO <input type="checkbox"/>
NUMERO MICROCHIP																	CANE <input type="checkbox"/>	GATTO <input type="checkbox"/>	FURETTO <input type="checkbox"/>

CHIEDE

il sostegno della somma complessiva di € _____ (in lettere _____)
per spese veterinarie sostenute nel corso dell'anno _____, (in caso di richiesta per più annualità,
utilizzare un modulo per ciascun anno) come di seguito dettagliate:

- visite veterinarie per Euro _____
- analisi veterinarie per Euro _____
- interventi chirurgici veterinari per Euro _____
- farmaci veterinari per Euro _____

Si allega alla presente:

- copia della documentazione fiscale (fatture/scontrini) relativa alla/e spesa/e di cui sopra;
- copia dell'attestazione indicatore ISEE ordinario relativo all'anno precedente a quello per il quale si chiede il sostegno;
- copia del documento di identità del richiedente in corso di validità (fronte e retro);
- copia del codice fiscale/tessera sanitaria del richiedente (fronte e retro).

MODALITA' DI EROGAZIONE DEL SOSTEGNO

Accredito su **IBAN** (27 caratteri – **obbligatorio**):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Il trattamento dei dati trasmessi sarà svolto nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", per l'uso strettamente attinente le funzioni attribuite a questa amministrazione per finalità inerenti il procedimento in questione, mediante strumenti informatici e telematici.

Luogo e data _____

Il/la dichiarante (firma leggibile)
