



# COMUNE DI BERLINGO

Provincia di Brescia  
Piazza Paolo VI, 2 – 25030 Berlingo (Bs)  
tel. 030.9787247 – fax 030.978182 – [info@comune.berlingo.bs.it](mailto:info@comune.berlingo.bs.it)



## ISTANZA DI CONTRIBUTO TICKET SANITARI (Scadenza presentazione domanda 31.12.2024)

Spett.le Comune di Berlingo  
Area servizi alla persona

Il/la sottoscritta/o \_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

cod. fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_

### DICHIARA

Che il/la sig/sig.ra \_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ cod. fiscale \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_

### CHIEDE

CONTRIBUTO TICKET SANITARI ANNO 2024

### DATA

.....

### FIRMA

.....

*N.B.: E' necessario allegare:  
copia della carta d'idendita' in corso di validita' del richiedente  
ISEE in corso di validità  
Originali delle ricevute/scontrini.*