

Servizio delle Politiche Sociali e delle Strutture Socio-Assistenziali

Pag. 1 a 4

Sezione da compilare in caso di più animali d'affezione per i quali si chiede il rimborso**2. Nome dell'animale:** _____**Specie** (selezionare una sola opzione):☐ Cane ☐ Gatto ☐ Altro: _____ (*)**Razza:** _____ **Mantello:** _____**Stato di censimento dell'animale:**☐ **Animale microchippato:** Regularmente iscritto alla Banca Dati dell'Anagrafe Regionale.**Numero Microchip** (inserire una sola cifra per riquadro):

[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

(*) In caso di selezione della voce ☐ Altro:☐ **Animale:** Regularmente munito di libretto sanitario

3. Nome dell'animale: _____**Specie** (selezionare una sola opzione):☐ Cane ☐ Gatto ☐ Altro: _____ (*)**Razza:** _____ **Mantello:** _____**Stato di censimento dell'animale:**☐ **Animale microchippato:** Regularmente iscritto alla Banca Dati dell'Anagrafe Regionale.**Numero Microchip** (inserire una sola cifra per riquadro):

[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

(*) In caso di selezione della voce ☐ Altro:☐ **Animale:** Regularmente munito di libretto sanitario

4. Nome dell'animale: _____**Specie** (selezionare una sola opzione):☐ Cane ☐ Gatto ☐ Altro: _____ (*)**Razza:** _____ **Mantello:** _____**Stato di censimento dell'animale:**☐ **Animale microchippato:** Regularmente iscritto alla Banca Dati dell'Anagrafe Regionale.**Numero Microchip** (inserire una sola cifra per riquadro):

[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

(*) In caso di selezione della voce ☐ Altro:☐ **Animale:** Regularmente munito di libretto sanitario

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE ai sensi del D.P.R. 445/2000

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA:

- di essere residente nel Comune sopra indicato;
- di essere l'ufficiale ed esclusivo proprietario dell'animale d'affezione sopra descritto;
- che il proprio nucleo familiare è in possesso di Attestazione ISEE ordinario per l'anno 2026:
 - **Valore ISEE 2026:** € _____
 - **rilasciato in data:** ____ / ____ / 2026

CRITERI DI PRIORITÀ (selezionare solo se applicabile al proprio nucleo familiare):

MODULO DI DOMANDA

[] Il richiedente è l'unico componente del nucleo familiare con invalidità superiore al 74% o affetto da patologie croniche (DPCM 12/01/2017).

[] All'interno del nucleo familiare è presente un componente con invalidità superiore al 74% o affetto da patologie croniche (DPCM 12/01/2017).

PROSPETTO DELLE SPESE SOSTENUTE (Anno 2026)

Nota: L'istanza deve presentare una spesa complessiva ammissibile minima di € 50,00. Il rimborso massimo è di € 1.000,00 per singolo animale. Saranno rimborsate solo le spese correttamente e debitamente documentate.

N.	Tipologia del Documento	Struttura Veterinaria / Farmacia	Tipo di Spesa (Es. Visita / Farmaco)	Importo (€)	Nome dell'Animale d'affezione cui è riferita la spesa
			TOTALE COMPLESSIVO CHiesto A RIMBORSO	€ _____	

NOTA: ELENCO ALLEGATI OBBLIGATORI

- *Copia del documento di identità del richiedente.*
- *(per cittadini extracomunitari): Permesso di soggiorno in corso di validità (o ricevuta di rinnovo con bollettino).*
- *Attestazione ISEE ordinario 2026 (da produrre a titolo collaborativo).*
- *Certificato di iscrizione all'Anagrafe dell'animale (con microchip) o, in caso di animale diverso da cane o gatto, copia del libretto sanitario*
- *Giustificativi di spesa a comprova dell'avvenuto pagamento (ricevute di pagamento -bonifico o ricevuta POS- con evidenza della tipologia di prestazione o farmaco oppure scontrini farmacia con evidenza della tipologia esplicita di spesa "veterinario"). L'allegazione delle sole fatture emesse non complete della relativa attestazione di pagamento, non saranno ammesse a rimborso.*
- *Prescrizioni mediche del veterinario necessarie per: diete terapeutiche, scontrini farmaceutici non espliciti, ricevute di pagamenti da cui non si evinca la tipologia di prestazione erogata o farmaco acquistato).*
- *(se dichiarate per i criteri di priorità): Certificazione di invalidità.*

MODALITA' DI ACCREDITO DEL RIMBORSO

In caso di accoglimento della domanda, si richiede l'accredito del contributo sul seguente conto corrente **intestato o cointestato al richiedente.**

Codice IBAN *(inserire un solo carattere per riquadro):*[illegible]

(Primi due riquadri precompilati per l'Italia. Seguono: 2 cifre di controllo, 1 lettera CIN, 5 cifre ABI, 5 cifre CAB, 12 cifre per il Numero di Conto).

Istituto bancario o postale di riferimento:

NOTE E COMUNICAZIONI SPECIALI DEL RICHIEDENTE

(Spazio a disposizione del cittadino per eventuali segnalazioni o specifiche sui documenti allegati)

CONSENSO TRATTAMENTO DATI, CLAUSOLA DI CONTROLLO E SOTTOSCRIZIONE

Il sottoscritto **DICHIARA** di aver letto, compreso e accettato integralmente i contenuti, i requisiti e i termini del Bando Anno 2026.

CLAUSOLA DI CONTROLLO SUI DOCUMENTI ORIGINALI

Il sottoscritto **SI IMPEGNA** a conservare i documenti di spesa e le relative quietanze di pagamento in originale per tutta la durata dell'istruttoria ed è consapevole che l'Amministrazione Comunale si riserva il diritto di effettuare verifiche a campione e richiedere l'esibizione degli stessi ai sensi del D.P.R. 445/2000 e

ACCONSENTE al trattamento dei propri dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (GDPR) e del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. per le sole finalità legate alla gestione e all'istruttoria del bando relativo alla misura. L'informativa è consultabile sul sito web istituzionale nella sezione dedicata.

Luogo e Data: _____

Firma leggibile del richiedente: