\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al **DIRETTORE GENERALE I.R.A.S.**

Via Giacomo Giro, 3

45100 ROVIGO RO

(fax n.: **0425 463294** – mail: **info@irasrovigo.it**)

**Oggetto: ISTANZA DI RILASCIO DICHIARAZIONE SPESE SANITARIE E DI RILIEVO SANITARIO – ANNO 2017**

Con riferimento al Sig. / alla Sig.ra ………………………………………………………………………………………………….. Ospite di codesta Struttura - Reparto ……………………..……………………………………….………………………………

il / la sottoscritto/a ……………………………………………………………..., nato/a a …………………………………………

il ……/……/…………. e residente a …………………………………………Via ..…………………………………………………….

Tel.: ………………………………………. – E-mail: …………………………………………………………………………………………

**R I C H I E D E**

In qualità di:

 parente  tutore / amministratore di sostegno  altro …………………….………………….

il rilascio della dichiarazione riguardante le spese sanitarie e di rilevanza sanitaria, non coperte dal contributo regionale, sostenute nell’anno 2017 per l’Ospite suindicato.

E’ consapevole che l’I.R.A.S. rilascerà la dichiarazione intestata esclusivamente all’Ospite.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze nelle quali può incorrere in caso di dichiarazione non veritiera, che ha provveduto, nello corso dell’anno 2017, al pagamento di tutta o parte della retta di ospitalità del nominativo sopra riportato e pertanto la dichiarazione è rilasciata ai fini della detrazione fiscale consentita dalla normativa vigente.

**Allega fotocopia di un valido documento di identità.**

…………………………………………………………………………

*(firma)*