

Al Sindaco del Comune di Niscemi

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____

RESIDENTE a Niscemi in via/piazza _____

_____ n. _____

Recapito telefonico _____ Email _____

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi (art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità:

DICHIARA

- di essere residente nel Comune di Niscemi presso l'indirizzo sopra indicato;
- che l'abitazione sopra indicata ricade, attualmente, all'interno della "Zona Rossa" formalmente delimitata dall'Ordinanza Sindacale n.19 del 28.02.2026;
- di essere a conoscenza che la presente dichiarazione è finalizzata esclusivamente all'ottenimento della certificazione comunale necessaria per l'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria (codice E99).

CHIEDE

alla S.V. il rilascio dell'apposita certificazione prevista dal Decreto Assessoriale alla Salute - Regione Siciliana n. 4/gab del 25/02/2026.

Si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Niscemi, _____

Firma del dichiarante



**Repubblica Italiana
Comune di Niscemi**

SI CERTIFICA

la residenza dichiarata, risultante agli atti di questo Ente, nonché il diritto all'esenzione, previsto dal Decreto Assessoriale alla Salute - Regione Siciliana n. 4/gab del 25/02/2026, dal pagamento delle quote di compartecipazione alla spesa sanitaria, ivi compresa la quota dovuta sui farmaci equivalenti che non si adeguano al prezzo di riferimento regionale, fino al 28/02/2027.

Niscemi, _____

L'Ufficiale di Anagrafe
