

RICHIESTA PROVVIDENZE AI SENSI DELLA L.R. N.9/2004 - ART. 1, LETT. F

Il/la sottoscritt _____

Nat ___ a _____ il _____

e residente in questo Comune in _____

tel. _____ Cod. Fisc. _____

- Per s  medesimo
- In qualit  di esercente la potest  sul minore _____
nato a _____ il _____
e residente in questo Comune in _____
- In qualit  di tutore/curatore di _____
nato a _____ il _____
e residente in questo Comune in _____

C H I E D E

Di poter beneficiare delle provvidenze previste dall'art. 1, lett. F) comma 2, della Legge Regionale n. 9 del 03/12/2004, relativamente a quelle spettantegli/le in base alla certificazione allegata;

Dichiara, inoltre, sotto la propria responsabilit  di non percepire, per la stessa patologia, altre provvidenze assistenziali relative a rimborsi per le spese viaggio, soggiorni e sussidi.

Dichiara che il trattamento   iniziato in data _____ come da allegata certificazione (vengono riconosciuti i rimborsi dei viaggi effettuati non oltre i sei mesi precedenti la data di presentazione dell'istanza).

Allo stesso fine allega la certificazione diagnostica in originale, rilasciato da _____ (presidio ospedaliero pubblico o universitario autorizzati e ubicati in comuni diversi da quelli di residenza) ai fini del riconoscimento del diritto del rimborso spese viaggio e soggiorno).

Data _____

Firma _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 , recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali", si informa che i dati verranno trattati, con modalit  cartacee ed informatiche e saranno utilizzati ai soli fini gestionali e istituzionali di cui al procedimento in oggetto.

Si Allega:

- Fotocopia documento di identit  in corso di validit  (obbligatorio);
- Fotocopia del Codice Iban con indicazione dell'intestatario del c/c.
- Copia ISEE

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (L.R. n. 9/2004)

(Art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

La/il sottoscritta/o _____ nata/o a _____ il _____, residente a *Golfo Aranci* Prov. (OT), in via _____, n. _____ è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art.76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art, 75 D.P.R. 445/2000).

È informato ed autorizza la raccolta e trattamento dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo (rimborsi spese per cittadini affetti da neoplasie maligne) ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

DICHIARA

- Di non avere diritto a rimborsi per lo stesso titolo da parte di enti previdenziali o assicurativi, o di altri enti anche sulla base di normative statali e regionali;

- Che il reddito complessivo netto annuo del nucleo familiare sulla base dell'ultima denuncia presentata ai fini dell'IRPEF è pari ad € _____ (per reddito netto ai fini delle provvidenze deve intendersi il reddito imponibile preso a base per il calcolo delle addizionali regionali e comunali meno l'imposta IRPEF di competenza e le addizionali comunali e regionali stesse);

- Che il proprio nucleo familiare è così composto:

* precisare nello spazio apposito se si tratta di (D) dichiarante, (C) coniuge, (F) figlio), G (genitore), (A) Altro

	*	Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Attività	Reddito
1.	D				€ _____, _____
2.					€ _____, _____
3.					€ _____, _____
4.					€ _____, _____
5.					€ _____, _____
6.					€ _____, _____
7.					€ _____, _____
8.					€ _____, _____

Data _____

Firma _____
(il dichiarante)

NOTA

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000, le modalità di Invio o presentazione sono:

1. via fax o mezzo posta, tramite un incaricato, allegando copia fotostatica del documento di riconoscimento;
2. con strumenti telematici se sottoscritta mediante firma digitale o con l'uso della carta d'identità elettronica;
3. il dichiarante può apporre la propria firma davanti al funzionario incaricato di ricevere la documentazione, oppure presentare il modulo già firmato, con **allegata la fotocopia del documento di identità.**

CERTIFICAZIONE

(Rilasciata da Centri Ospedalieri o Universitari)

Si certifica che ___l___ Sig. _____
nat_ a _____ il _____
Residente a _____ in Via _____
n. _____ risulta affett___ da patologia prevista dalla L.R. n. 9/2004 art. 1 lett.f accertata in data _____
si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

Li _____

IL DIRIGENTE MEDICO
