



COMUNE DI SARROCH
SERVIZIO SOCIALE

Via Siotto, 2 - 09018 Sarroch
www.comune.sarroch.ca.it
protocollosarroch@pec.it

RISERVATO
UFFICIO PROTOCOLLO

Provvidenze economiche in favore di pazienti affetti da neoplasia maligna

L.R. n. 9/2004 art. 1, comma 1 lett. f)

Il/La sottoscritto/a		nato/a	
Prov.	il	e residente in	
Prov.	Via	N.	
Cellulare	mail		
CODICE FISCALE			

CHIEDE

- per se stesso;
 in qualità di (specificare la propria posizione rispetto al beneficiario)

SE RICORRE IL SUDETTO CASO, OGNI RIFERIMENTO AL "DICHIARANTE" DEL PRESENTE MODELLO, È DA INTENDERSI COME RIFERITO AL SOGGETTO IMPEDITO O INCAPACE NELL'INTERESSE O PER CONTO DEL QUALE È PRESENTATA LA DOMANDA

per il Sig./ la Sig.ra		nato/a	
Prov.	il	e residente in	
Prov.	Via	N.	
Telefono	Cellulare		
CODICE FISCALE			

LA CONCESSIONE DELLE PROVVIDENZE PREVISTE DALLA L.R. N. 9/2004 ART. 1, COMMA 1 LETT. F) E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI – IN FAVORE DI PAZIENTI AFFETTI DA NEOPLASIA MALIGNA, DETERMINATE IN BASE ALLA CERTIFICAZIONE ALLEGATA

A tal fine consapevole, in caso di dichiarazione mendace, di formazione o uso di atti falsi, delle sanzioni penali richiamate ai sensi dell'art.76 del D.P.R. 445/2000 e che inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadranno i benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

D I C H I A R A

- che il proprio nucleo familiare è così composto: (soggetto interessato, coniuge e figli minori conviventi; soggetto interessato, genitori e fratelli minori conviventi in caso di soggetto non coniugato)



COMUNE DI SARROCH

SERVIZIO SOCIALE

Via Siotto, 2 - 09018 Sarroch

www.comune.sarroch.ca.it

protocollosarroch@pec.it

N.	COGNOME E NOME	N A S C I T A		Rapporto di Parentela
		Luogo	Data	
1				
2				
3				
4				

- che il reddito netto effettivo (*redditi da lavoro autonomo/dipendente, da compartecipazioni societarie, da pensioni o rendite immobiliari ed esclusi quelli derivanti da rendite INAIL, pensioni di invalidità e assegni di accompagnamento*) del suddetto nucleo familiare per l'anno 202.... è stato di complessivi €, (*pari al reddito imponibile meno imposta netta e addizionali IRPEF comunali e regionali*);
- di non godere di rimborsi per lo stesso titolo da parte di enti previdenziali o assicurativi, o di altri enti anche sulla base di normative statali o regionali;
- di essere disponibile a ricevere eventuali comunicazioni tramite sms al seguente numero di cellulare e tramite e-mail al seguente indirizzo di posta elettronica:
- di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016.

SI IMPEGNA

- a comunicare tempestivamente, qualsiasi variazione, nella composizione del nucleo familiare e/o nei redditi dichiarati, che dovesse intervenire successivamente all'inoltro della presente istanza;
- a trasmettere le certificazioni dei trattamenti sanitari effettuati e/o visite utilizzando l'apposito modulo di trasmissione fornito dal Servizio Sociale.

ALLEGA

- copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- certificazione diagnostica, in originale, rilasciata dal presidio ospedaliero pubblico o universitario attestante data di accertamento della patologia e data di avvio del programma di trattamento e cura.
- modulo per la comunicazione della scelta di modalità di riscossione delle provvidenze.

Luogo e data, li

Firma