

Al Comune di Padru
Settore **Servizi Sociali**
Viale Italia
07020 PADRU

OGGETTO: Richiesta provvidenze Legge Regionale n° 27 del 25/11/1983 e successive modificazioni.

Il/La /sottoscritto/a: _____
Nato/a a: _____ il _____
Residente in _____ Via _____ n° _____
C.F. _____ Tel. _____
e_mail _____ PEC _____

CHIEDE

Di poter beneficiare delle provvidenze previste dalla L.R. n° 27 del 25/11/1983 e successive modifiche ed integrazioni

- in suo favore
- in favore di (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____, residente in _____
via/piazza _____ n° ___ Cod. _____
Fisc. _____ relazione di parentela: _____
in qualità di _____

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, d'informazione o d'uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000,

DICHIARA

- Di non percepire, per la stessa patologia, di altre provvidenze assistenziali relative a rimborsi per le spese di viaggio e sussidi.
- Di acconsentire al trattamento dei dati personali e di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n° 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allo stesso fine allega, inoltre, la seguente documentazione:

- Dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante i dati di nascita, residenza, e stato di famiglia;
- Certificazione medica, in originale, rilasciata da uno dei presidi pubblici di diagnosi e cura di cui all'art. 1 della L.R. n. 27 del 25 novembre 1983;
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante il reddito familiare relativo all'anno;
- Si impegna inoltre ad aggiornare, entro il 1° Luglio di ogni anno, la propria situazione reddituale presentando la dichiarazione prevista al punto precedente;

Padru, _____

Firma

OGGETTO: Richiesta sussidi ai sensi delle LL.RR. n° 27/83 e 6/92.

Il/La sottoscritta/o _____ nata/o a
_____ il _____ e residente a Padru, via
_____ n° _____ tel. _____

CHIEDE

Di poter beneficiare delle provvidenze ai sensi delle LL.RR 27/83 e 6/92, relative alla concessione di sussidi economici in favore dei talassemici, emofiliaci ed emolinfatici maligni residenti in Sardegna.

A tal fine si allega la seguente documentazione:

- certificato di nascita, residenza e stato di famiglia;
- referto ematologico corredato da relativa certificazione diagnostica, entrambi in originale, rilasciati dai presidi pubblici di diagnosi e cura;
- autocertificazione relativa alla situazione reddituale di tutto il nucleo familiare;

Padru, li _____

IL DICHIARANTE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (Art. 46 – D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____, qui residente in Via _____ n. ____,
Consapevole delle pene previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 Dicembre 2000, per
dichiarazioni mendaci e false attestazioni,

D I C H I A R A

- di non aver diritto a rimborsi da parte di Enti previdenziali o assicurativi, o di altri Enti anche sulla base di normative Statali e Regionali, analoghi ai benefici previsti dalla L.R. 25.11.1983, n. 27 e ss.mm.ii.
- che per effettuare le terapie e/o accertamenti, ai sensi della L.R. 25.11.1983, n. 27 e ss.mm.ii., usufruisce dell'autovettura di proprietà familiare per recarsi alla struttura sanitaria di _____.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. n. 196 del 30.06.2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione è stata resa.

Padru li _____

IL DICHIARANTE _____