

PROTOCOLLO N. _____ DEL _____



COMUNE DI TISSI
AREA SERVIZI GENERALI, DEMOGRAFICI E SOCIALI

Richiesta provvidenze a favore di EMOFILICI, TALASSEMICI E EMOLINFOPATICI MALIGNI, ai sensi delle LL.RR. n. 27/1983 e n. 6/1992

Il/La Sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ____/____/____ Codice Fiscale _____
residente a _____ in _____
recapito telefonico _____ indirizzo mail _____

In nome e per conto di *(indicare se diverso dal richiedente i dati del soggetto Beneficiario)*

in qualità di Legale Rappresentante del seguente: ☐ minore ☐ interdetto ☐ inabilitato

(nome e cognome) _____

nato/a a _____ il ____/____/____ Codice Fiscale _____

residente a _____ in _____

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

DICHIARA

- ☐ Di sottoporsi, con la regolarità che la propria affezione richiede, alle prestazioni sanitarie specifiche, in comuni diversi da quello di residenza
- ☐ Di non aver diritto a rimborsi o sussidi 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 proprio nucleo familiare (1) e relativi redditi sono composti come da tabella seguente:

Cognome e Nome	Data di nascita	Stato civile	Relazione parentela	Reddito netto ANNUO (2)
Anno di riferimento (_____) ⁽³⁾				Totale reddito NETTO ANNUO

- di autorizzare il Settore ad inviare eventuali comunicazioni tramite sms al seguente numero di cellulare _____ e tramite e-mail al seguente indirizzo di posta elettronica: _____

CHIEDE

ai fini della ☐ presentazione ☐ rinnovo della domanda, di poter beneficiare di quanto disposto dalla Legge Regionale N. 27/1983 e n. 6/1992 e s.m.i. (Provvidenze a favore emofilici, talassemici e emolinfopatici maligni) sotto forma di:

- ☐ assegno mensile
☐ rimborso spese di viaggio o di trasporto e di soggiorno

CHIEDE, altresì che il pagamento delle somme spettanti sia effettuato nella seguente modalità:

- ☐ Accredito su C/C bancario o postale a me intestato:
ALLEGARE COPIA IBAN
☐ Carta prepagata a me intestata:
ALLEGARE COPIA IBAN

ALLEGA

- a) Certificato diagnostico ed ematologico in cui sia specificatamente indicato che la patologia accertata rientri tra quelle indicate dalla L.R. 27/83, rilasciati da uno dei presidi pubblici di diagnosi e cura;
b) Certificazione delle visite, controlli o terapie effettuate in uno dei presidi pubblici di diagnosi e cura;
c) Copia documento di identità in corso di validità del dichiarante;
d) Modello Isee anno 20__;

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti ai sensi GDPR 2016/679 e s.m.i. che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Tissi , _____

IL DICHIARANTE

Istruzioni per la compilazione

La presente dichiarazione sostitutiva deve essere compilata e consegnata agli uffici territoriali competenti ogni volta che intervengano variazioni nella composizione del Nucleo familiare e/o nei Redditi dei diversi componenti. SI È COMUNQUE TENUTI, PENA LA SOSPENSIONE DELLE EROGAZIONI MENSILI, a compilare e consegnare il presente modulo almeno una volta **entro il 30 marzo di ogni anno** – agli uffici territoriali competenti.

(1) Composizione Nucleo Familiare:

I REDDITI COMPLESSIVI DEL NUCLEO FAMILIARE DEVONO INCLUDERE:

- nel caso di *richiedente il beneficio* coniugato, la somma dei redditi dell'interessato e, se conviventi, del coniuge e dei figli fiscalmente a carico (*);
- nel caso di *richiedente il beneficio* celibe o nubile, la somma dei redditi dell'interessato e, se conviventi, dei genitori e dei fratelli fiscalmente a carico (*) del capo famiglia;

(*) Sono considerati fiscalmente **A CARICO** i figli fino a 24 anni che non dispongono di un reddito proprio lordo superiore a Euro 4.000,00, ed i figli oltre i 24 anni che non dispongono di un reddito proprio lordo superiore a Euro 2.840,51.

(2) Determinazione del reddito:

Il reddito da indicare per ogni componente è il **REDDITO NETTO ANNUO** che si determina partendo dal reddito complessivo dichiarato ai fini IRPEF al netto delle ritenute di legge.

Bisogna prendere in considerazione:

- a. Prestazioni di lavoro autonomo o dipendente;
- b. Compartecipazioni ad utili societari;
- c. pensioni;
- d. Rendite immobiliari.

N.B.: Non devono essere prese in considerazione ai fini del calcolo del reddito:

- e. le rendite assicurative INAIL,
- f. le pensioni d'invalidità civile,
- g. gli assegni di accompagnamento.

(3) Indicare l'anno di riferimento del Reddito.