

Spett.le COMUNE DI VALLEDORIA
Al Responsabile dell'Area Socio-
Assistenziale
Corso Europa,77
07039, Valledoria(SS)

OGGETTO: Richiesta provvidenze a favore dei Nefropatici. LL.RR. n.11/1985 e n. 43/1993.

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome)
_____ nato/a a _____, Prov. di _____ il
____/____/_____, residente a _____ Prov. di _____ in via/piazza
_____, n. ____ Cod. Fiscale _____,
TEL _____

CHIEDE

di poter beneficiare delle provvidenze previste dalle Leggi Regionali n. 11/85 e n. 43/93

in suo favore.

in favore di (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____, Prov. di _____ il ____/____/_____, residente a
_____ in via/piazza _____, n. ____ Cod. Fiscale _____

relazione di parentela: _____ Tel. n.
_____,

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni non veritieri, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR 445/2000,

DICHIARA

1. che la composizione del proprio nucleo familiare è la seguente:

n°	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Parentela
1				<i>Richiedente</i>
2				
3				
4				
5				

2. di non usufruire per la stessa patologia di rimborsi per spese di viaggio, soggiorni e sussidi da parte di Enti previdenziali o assicurativi
3. che il reddito complessivo netto (1) del proprio nucleo familiare (2) per l'anno 2025 è stato di complessivi Euro _____ (*ai fini della determinazione del reddito complessivo non si considerano le rendite INAIL, le pensioni di invalidità civile e l'assegno di accompagnamento*)
4. di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 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 viene resa per cui presta il suo consenso per il

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del richiedente all'ufficio competente, via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta.

trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

5. di essere stato trapiantato in data _____ Di non essere stato trapiantato

Allega:

Certificato medico attestante lo status di nefropatico sottoposto a regolare trattamento dialitico rilasciato da presidio pubblico. Si prescinde dalla presentazione di certificazione attestante lo status di nefropatico qualora la stessa sia stata già presentata in anni precedenti.

Valledoria,lì

Firma del richiedente

- (1) Per calcolare il reddito netto dal Mod. CUD: dal reddito complessivo si sottraggono le ritenute IRPEF, l'addizionale comunale e regionale IRPEF dovuta, e l'acconto dell'addizionale comunale IRPEF dovuta; Per calcolare il reddito netto dai Mod 730 e Mod Unico: dal reddito imponibile si sottrae l'imposta netta IRPEF, l'addizionale comunale e regionale IRPEF dovuta, e l'acconto dell'addizionale comunale IRPEF dovuta.
- (2) Nel caso di nefropatico coniugato quello costituito dall'interessato stesso e, se conviventi, dal coniuge e figli minori in base alle normative vigenti. Nel caso di nefropatico minorenne celibe o nubile, quello dell'interessato stesso e se conviventi dai genitori e fratelli minori che risultino a carico del capofamiglia in base alle norme vigenti. Nel caso di nefropatico maggiorenne celibe o nubile, ancorché convivente con altri familiari, del solo nefropatico.