

Spett.le COMUNE DI VALLEDORIA
Al responsabile Area Socio-Assistenziale
Viale Europa, 77
07039, Valledoria(SS)

OGGETTO: 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 (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. 27/1983 e n. 6/1992

in suo favore.

in favore di (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____, Prov. _____ 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 _____ 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 sottopersi, con la regolarità che la propria affezione richiede, alle prestazioni sanitarie specifiche;
5. di essere stato sottoposto con esito positivo al trapianto di midollo osseo in data _____;
6. di essere stato sottoposto con esito non positivo al trapianto di midollo osseo in data _____;
7. di non essere stato sottoposto al trapianto di midollo osseo (*barrare la voce che interessa nei punti 5. 6. 7.)*

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

Allega: Certificazione diagnostica attestante la malattia, rilasciato da Centri ospedalieri o universitari autorizzati. (Si prescinde dalla presentazione di certificazione attestante lo status di emofilico, talassemico o emolinfopatico maligno 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 soggetto coniugato quello costituito dall'interessato stesso e, se conviventi, dal coniuge e figli minori in base alle normative vigenti. Nel caso di soggetto celibe/nubile, quello dell'interessato stesso e se conviventi dai genitori e fratelli minori che risultino a carico del capofamiglia in base alle norme vigenti

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 ordinaria o elettronica