



**COMUNE DI BUDDUSÒ
PROVINCIA DI SASSARI
AREA SOCIO-CULTURALE
UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

Piazza Fumu - 07020 Buddusò
c.f. 81000470906 - p.iva
00131450900

ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI

COMUNE DI BUDDUSO'

protocollo@comunebudduso.ss.it

protocollo@pec.comunebudduso.ss.it

OGGETTO: Contributi per l'abbattimento dei costi sostenuti per viaggi sanitari, non contemplati in altre misure nazionali e/o regionali. Richiesta provvidenze annualità 2026.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

C.F. _____ residente a _____

in Via _____ N° _____ Telefono (obbligatorio) _____

CHIEDE

di poter beneficiare delle provvidenze di cui all'oggetto

☐ in suo favore

☐ in favore di (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____, Prov. di _____ il ____/____/____, residente a

_____ in via/piazza _____, n. _____ Cod. Fiscale

_____ Tel. n. _____,

relazione di parentela: _____

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 veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR 445/2000,

DICHIARA

1. di aver preso visione dell'Avviso pubblico e di accettarlo integralmente;
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 l'ammontare dell'ISEE complessivo del proprio nucleo familiare per l'anno 2026 è pari a complessivi Euro _____;
4. di sottoporsi, con la regolarità che la propria affezione richiede, alle prestazioni sanitarie specifiche, continuativamente per minimo sei mesi;

5. di non poter effettuare nel territorio di Buddusò le suddette cure sanitarie;
6. di aver effettuato il numero minimo di viaggi richiesto dall'Avviso pubblico per accedere al contributo, e precisamente (indicare una sola opzione tra le seguenti):
- ☐ almeno 5 viaggi per cure effettuate in Sardegna;
 - ☐ almeno 1 viaggio per cure effettuate fuori dalla Sardegna.

CHIEDE, inoltre, l'accredito del contributo sul seguente **Codice IBAN**:

PAESE	CIN EU	CIN	ABI	CAB	NUMERO CONTO CORRENTE

ALLEGA

(si precisa che le istanze devono essere corredate obbligatoriamente di tutta la documentazione richiesta nel bando)

- ☐ certificazione ISEE in corso di validità, senza annotazioni;
- ☐ documento di identità in corso di validità del richiedente;
- ☐ certificazione diagnostica attestante la malattia, rilasciata da Centri ospedalieri o Universitari autorizzati, attestante la necessità di cure sanitarie fuori dal territorio comunale, per le quali non si percepiscono altre forme di finanziamento;
- ☐ Codice IBAN intestato al richiedente.

Buddusò, _____

Firma del dichiarante _____

Informativa privacy

I dati personali forniti nell'istanza e nella documentazione ad essa allegata, nel rispetto delle disposizioni vigenti, saranno trattati e utilizzati per i fini connessi all'espletamento della procedura in oggetto e per i fini istituzionali da ciascuna Amministrazione comunale.

Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria in quanto indispensabile per l'espletamento delle procedure richieste. Il rifiuto del conferimento dei dati oppure la mancata indicazione di alcuni di essi potrà comportare l'annullamento del procedimento per impossibilità a realizzare l'istruttoria.

Il trattamento dei dati sarà effettuato con l'ausilio di mezzi informatici e potranno essere comunicati agli altri soggetti coinvolti nella gestione del procedimento e a quelli demandati all'effettuazione dei controlli previsti dalla vigente normativa.

Si autorizza il trattamento dei dati personali presenti nell'autocertificazione ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio (Regolamento GDPR).

Buddusò, _____

Firma _____