**Al Comune di Tempio Pausania**
***Ufficio Servizi Sociali***
**Piazza Gallura 3**
**07029 TEMPIO PAUSANIA**

**OGGETTO: Richiesta contributi straordinari a favore di pazienti sottoposti al trattamento di plasmaferesi terapeutica anno 2026.**

Il/La/sottoscritto/a:_____

Nato/a a: _____ il _____

Residente in _____ Via _____ n° _____

C.F. _____Tel. _____

e_mail_____PEC _____

**CHIEDE**

**Di poter beneficiare dei contributi straordinari in favore di pazienti sottoposti al trattamento di plasmaferesi terapeutica - anno 2026**

- in proprio favore
- in favore di: _____
  _____

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 essere residente a _____ via _____ N._____

□ Di effettuare i viaggi con mezzo privato;
□ Di recarsi con mezzo pubblico (allegare i biglietti in originale);

- Di aver preso visione dell'avviso pubblicato per l'anno 2026.

Chiede che la liquidazione venga effettuata con la seguente modalità:

- Rimessa diretta;
- Accredito sul conto corrente Iban: _____
  Intestato a _____
  _____

Allo stesso fine allega, inoltre, la seguente documentazione:

- Certificazione medica attestante i viaggi effettuati nell'anno 2026 rilasciata dai presidi ospedalieri pubblici ubicati in comune o frazione diverso da quello di residenza;
- Copia fotostatica del documento di identità in corso di validità.

**Informativa Privacy**

Si avvisa che l'informativa è pubblicata nel sito istituzionale e se ne può prendere visione tramite il link:http://www.comune.tempiopausania.ot.it/index.php?option=com_content&view=article&id=1611:privacy&catid=349&Itemid=133

È disponibile in forma cartacea presso l'ufficio Servizi Sociali. Chiunque volesse acquisirne una copia può chiederla all'Ufficio Servizi Sociali

Tempio Pausania, li

FIRMA

_____