

Oggetto: Richiesta provvidenze Legge Regionale n. 27/83 e successive modificazioni

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

Il _____ residente in _____ (____) via _____

c.f. _____ telefono _____

CHIEDE PER SE / OVVERO PER

in qualità di: _____ cognome e nome _____

nato/a _____ il _____ residente _____ (____)

Via _____ c.f. _____

Telefono _____

Di beneficiare delle provvidenze previste dalla Legge Regionale n. 27/83 e successive modificazioni, in base alla certificazione allegata.

Dichiara, sotto la propria responsabilità, di non beneficiare, a causa della propria patologia, di altre forme di assistenza economica erogate dallo Stato, dalla Regione o da altri Enti pubblici o privati.

Allega i seguenti documenti:

- dichiarazione sostitutiva di certificazione per residenza e situazione di famiglia;
- certificato Diagnostico e referto Ematologico, in originale, rilasciato da presidi pubblici di diagnosi e cura di cui all'art. 1 della Legge Regionale n. 27/83 e successive modifiche.
- autocertificazione attestante situazione reddituale netta del nucleo familiare.

Si impegna inoltre a presentare ogni anno, entro il mese di luglio, nuova autocertificazione, del nucleo familiare, attestante il reddito.

N. B. leggere e sottoscrivere l'informativa sul trattamento dei dati nell'ultima pagina

Olbia li _____

Il/La Richiedente

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

Il _____ residente in _____ (____) via _____

c.f. _____ Telefono _____

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445;

DICHIARA

- Di essere nato/a _____ il _____
- Di essere residente a _____ (____) via _____
- Che il suo stato di famiglia alla data odierna si compone come segue:

Cognome e nome / luogo e data di nascita / relazione parentale

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Art. 3 L.R. n. 27/83: Per nucleo familiare, in relazione alla situazione reddituale, deve intendersi a) nel caso di Talassemico, Emofilico o Emolinfopatico coniugato, quello costituito dall'interessato stesso e, se conviventi, dal coniuge e dai figli minori; b) nel caso di Talassemico, Emofilico o Emolinfopatico celibe o nubile, quello costituito dall'interessato stesso e, se conviventi dai genitori e dai fratelli minori.

- che il reddito netto del proprio nucleo familiare, per l'anno 20 ____ è stato di
€ _____;

Olbia li _____

Firma

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. del 28.12.2000, n. 445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

INFORMAZIONE E ACCESSO AI DATI PERSONALI
Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali, strumentali o connesse al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.

Il/La sottoscritto/a _____ esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Olbia li

Firma per accettazione
