

Richiesta provvidenze Legge Regionale n. 9/2004

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

Il _____ residente in _____ (____) via _____

piano _____ c.f. _____ telefono _____

CHIEDE PER SE / OVVERO PER

In qualità di _____ cognome e nome _____

nato/a _____ il _____ residente _____

Via _____ piano _____ c.f. _____

Telefono _____

Livello di Autosufficienza:

autosufficiente

allettato, deambulazione ridotta

Di beneficiare delle provvidenze previste dalla Legge Regionale n. 9/2004, in base alla certificazione allegata.

A tal fine 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

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, relativa a rimborsi spese di viaggio e soggiorno.

Allega i seguenti documenti:

- **certificazione medica, in originale, attestante la patologia, rilasciata da Centri Ospedalieri o Universitari;**
- **certificazione dei viaggi fatti fuori territorio per le varie terapie.**
- **autocertificazione reddituale del nucleo familiare**
- **copia Carta d'Identità e Codice Fiscale**
- **codice Iban**

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

- 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. _____

- 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.

CERTIFICAZIONE
(Rilasciata da Centri Ospedalieri o Universitari)

Si certifica che il/la signor/a _____

nato/a _____ il _____

residente _____(____) via _____

risulta affetto/a da patologia prevista ai sensi della L.R. n. 9/2004
art. 1 lett. f .

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

_____li _____

IL DIRIGENTE MEDICO

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
