

ALCOMUNE DI SANTADI
AREA AMMINISTRATIVA E ALLA PERSONA
SETTORE SERVIZI SOCIALI
SEDE

OGGETTO: Richiesta provvidenze Legge Regionale n. 27 del 25/11/1983 e Legge Regionale n. 9 del 03/12/2004 – art. 1, lett. f) “Sussidi per le persone affette da neoplasia maligna”

Il modulo va compilato e letto attentamente in ogni sua parte.

_____l _____ sottoscritto _____
nat__ a _____ il _____
residente in _____ Via _____ n. _____,
tel./cell. _____ C.F. _____

CHIEDE

- per se
- in qualità di
- amministratore di sostegno/tutore;
 - familiare di riferimento;
 - esercente la potestà genitoriale;

del/la Sig./ra _____,
nat__ a _____ il _____
residente in SANTADI Via _____, n. _____
tel./cell. _____ C.F. _____

di poter beneficiare delle provvidenze previste dalla L. R. n. 27/83 e L.R. n. 9/2004.

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell' art. 76 del D.P.R. 445/2000, e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del citato D.P.R. n. 445/2000, qualora dal controllo delle dichiarazioni ne emerga la non veridicità,

DICHIARA

➤ Di sottoporsi, con la regolarità che la propria affezione richiede, alle prestazioni sanitarie specifiche;

ovvero, che il/la Sig./ra _____, avente diritto alle provvidenze, si sottopone, con la regolarità che la propria affezione richiede, alle prestazioni sanitarie specifiche;

➤ di non avere diritto, per la stessa patologia a rimborsi o a trasporto gratuito da parte di enti previdenziali o assicurativi, o di altri enti anche sulla base di normative statali e regionali;

ovvero, che il/la Sig./ra _____, avente diritto alle provvidenze, non ha diritto, per la stessa patologia a rimborsi o a trasporto gratuito da parte di enti previdenziali o assicurativi, o di altri enti anche sulla base di normative statali e regionali;

➤ che il reddito netto¹ percepito dal proprio nucleo familiare² composto da n. _____ persone, è di complessivi € _____ relativi all'anno _____.

ovvero, che il reddito netto percepito dal nucleo familiare del/la Sig.ra _____, avente diritto alle provvidenze, composto da n. _____ persone, è di complessivi € _____ relativi all'anno _____.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Si allega:

- Copia del documento d'identità in corso di validità;
- Copia del codice fiscale o tessera sanitaria;
- Certificazione diagnostica rilasciata da un Centro Ospedaliero o Universitario oppure da un'altra struttura sanitaria pubblica attestante la patologia (All. 1);
- Eventuale certificazione medica rilasciata da Centri Ospedalieri o Universitari ubicati in Comune diverso da quello di residenza attestante i trattamenti e le cure effettuati nei 6 mesi antecedenti la presente domanda.

Data _____

FIRMA

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 Per nucleo familiare s'intende, 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.

CERTIFICAZIONE
(Rilasciata da Centri Ospedalieri o Universitari)

Si certifica che __1__

Sig: _____ nato

a _____

il _____ residente a _____ Via

_____ n. _____ risulta affett__ da patologia

prevista ai sensi della L.R. 9/2004 art. 1 lett: f).

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

_____ li _____

IL DIRIGENTE MEDICO