

**AL COMUNE DI SANTADI  
AREA AMMINISTRATIVA E ALLA PERSONA  
SETTORE SERVIZI SOCIALI  
SEDE**

**OGGETTO: Richiesta provvidenza Legge Regionale n. 27 del 25.11.1983 e successive modificazioni. Provvidenze a favore di persone affette da talassemia, emofilia ed emolinfopatia 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 ss.mm.ii.

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 sussidi, 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 sussidi 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 netto<sup>1</sup> percepito dal proprio nucleo familiare<sup>2</sup> 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.

Allega:

Referto ematologico corredato da relativa certificazione diagnostica, in originale, rilasciato da presidi pubblici;

Autocertificazione composizione nucleo familiare;

Fotocopia della tessera sanitaria e del documento di identità in corso di validità del dichiarante e del destinatario.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.