

**Al Responsabile del Servizio Sociale**  
**Via Sant'Elia 2**  
**COMUNE DI LUNAMATRONA**

**OGGETTO: Richiesta liquidazione provvidenze economiche ai sensi della Legge Regionale n° 27 del 25/11/1983 ° 27 del 25/11/1983, inerente "Provvidenze a favore dei talassemici, degli emofilici e dei linfopatici maligni" e successive modificazioni e integrazioni. ANNO \_\_\_\_\_**

Il/La sottoscritto/a..... nato/a a.....il..... residente a .....in via.....n°..... Tel./cell.n°..... e-mail: ..... Codice Fiscale <input type="text"/>
---

**CHIEDE**

*in qualità di:*

- destinatario
- Incaricato della tutela
- Amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina in corso di validità)
- Altro familiare (indicare il grado di parentela)\_\_\_\_\_

ovvero per \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente a Lunamatrona in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ cod.  
 fiscale  tel. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter beneficiare delle provvidenze economiche previste dalla L.R. 27/83 per il periodo  
 \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.

**A TAL FINE**

consapevole che, ai sensi dell'art. art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm., la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 77 del medesimo D.P.R. n.445/2000

**DICHIARA**

Di aver effettuato nel periodo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ viaggi complessivi per potersi sottoporre alle cure necessarie, di cui:

N. \_\_\_\_\_);  
 N. \_\_\_\_\_);  
 N. \_\_\_\_\_);  
 N. \_\_\_\_\_);  
 N. \_\_\_\_\_);

Di non avere diritto a rimborsi per lo stesso titolo, da parte di altri Enti;

Che il reddito netto percepito dal proprio nucleo familiare, composto da n. \_\_\_\_\_ persone, è di complessivi € \_\_\_\_\_ per l'anno \_\_\_\_\_;

Di essere informato ai sensi e per gli effetti dei cui all'art.13 del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Di essere a conoscenza che in caso di presentazione di false attestazioni sarà oggetto alle sanzioni penali previste così come stabilito dalla Legge 15/68, e successive modificazioni ed integrazioni;

autorizza, ai sensi del D.lgs 196/03, l'utilizzo da parte dell'Amministrazione Comunale dei dati in suo possesso per l'istruttoria della presente istanza;

di essere a conoscenza del fatto che l'amministrazione comunale, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000 potrà disporre controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese;

Dichiara, infine, di scegliere la seguente modalità di pagamento:

ACCREDITO su Conto Corrente \_\_\_\_\_ filiale di \_\_\_\_\_ codice IBAN \_\_\_\_\_ intestato o cointestato al sottoscritto richiedente;

RIMESSA DIRETTA con emissione di mandato in favore del sottoscritto richiedente;

IN FAVORE DI TERZA PERSONA appositamente delegata, con le modalità indicate nella Delega allegata.

**Allega:**

Fotocopia di un documento di identità valido (Carta d'identità, Patente di guida, Passaporto);

n. \_\_\_\_ referto/i ematologico/i corredato/i da relativa certificazione diagnostica, in originale, rilasciato da presidi ospedalieri pubblici o universitari con l'indicazione del numero dei viaggi effettuati:

dichiarazione dei redditi del nucleo familiare relativi all'anno \_\_\_\_\_ (copia della dichiarazione dei redditi o CUD \_\_\_\_\_);

si impegna a fornire ogni documento comprovante la propria situazione, sanitaria ed economica, eventualmente richiesto dal Servizio Sociale.

Lunamatrona li \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_