

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

**OGGETTO: RICHIESTA LIQUIDAZIONE PROVVIDENZE L.R. N° 11/85 E  
SUCCESSIVE MODIFICAZIONI. PROVVIDENZE IN FAVORE DEI NEFROPATICI.**  
**PERIODO: DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_**

Il/La sottoscritto/a.....  
nato/a a.....il.....  
residente a .....in via.....n°.....  
Tel./cell.n°.....  
e-mail: .....

Codice Fiscale

*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 il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a Lunamatrona in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

cod. fiscale  tel. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter beneficiare delle provvidenze economiche (assegno mensile, rimborso spese viaggio e soggiorno) previste dalle LL.RR. 11/85-43/93 per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

**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. \_\_\_\_\_);
  
- Di utilizzare per gli spostamenti da/per i presidi ospedalieri il proprio mezzo targato \_\_\_\_\_;
- Di utilizzare per gli spostamenti da/per i presidi ospedalieri il mezzo di proprietà del sig. \_\_\_\_\_ targato \_\_\_\_\_;
- di non avere diritto a rimborsi per lo stesso titolo, da parte di altri Enti;

### CHIEDE

Che il pagamento sia effettuato nel seguente modo:

- accredito sul Conto corrente postale
- accredito sul Conto corrente bancario

con le seguenti coordinate bancarie o postali:

IBAN \_\_\_\_\_

Intestato a \_\_\_\_\_

**Allega la seguente documentazione:**

- Certificazione attestante i trattamenti effettuati (n. \_\_\_\_ certificati).

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

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_