

**OGGETTO: Richiesta provvidenze 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 il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a Lunamatrona in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ cod.  
fiscale  tel. \_\_\_\_\_

di poter beneficiare delle provvidenze previste dalla L.R. n° 27 del 25/11/1983 e successive modificazioni e integrazioni, relativamente a quelle spettategli/le in base alla certificazione allegata.

Dichiaro di non aver diritto allo stesso titolo, e comunque di non usufruire, di rimborsi delle spese di viaggio e di soggiorno da parte di Enti previdenziali e assicurativi allo stesso fine.

**DICHIARA**

che la propria famiglia anagrafica risulta così composta:

<b>N°</b>	<b>Cognome e nome</b>	<b>Luogo e data di nascita</b>	<b>Rapporto di parentela</b>
1			
2			
3			

4			
5			
6			
7			

che il reddito netto effettivo del proprio nucleo familiare per l'anno 20\_\_\_\_ è pari a euro €. \_\_\_\_\_

dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di 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;

dichiara inoltre 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:

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

- 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

\_\_\_\_\_