

L.R. n. 9/2004, art. 1, comma 1, lett. f)

Provvidenze economiche a favore di Cittadini residenti in Sardegna, affetti da Neoplasia maligna.

Alla domanda devono essere allegati i seguenti documenti:

1. **Referto medico** corredato da relativa certificazione diagnostica, entrambi in originale, rilasciati da uno dei presidi pubblici di diagnosi e cura (Centri ospedalieri o universitari autorizzati);
2. Copia **documento di Identità**;
3. Copia **Codice Fiscale** o **Tessera Sanitaria**;

Dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa a:

- a) Luogo e data di nascita;
 - b) Residenza;
 - c) Stato di famiglia;
- **Situazione reddituale** dei coniugi e dei figli minori sulla base dell'ultima denuncia presentata ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF), sia in caso di dichiarazione congiunta che in caso di dichiarazione separata, o la relativa dichiarazione sostitutiva resa sotto la personale responsabilità del richiedente nelle forme di legge, ovvero ogni altra documentazione attestante lo stato di bisogno rilasciata dagli organi competenti ai sensi di legge. **(da allegare in fotocopia ai fini della quantificazione del Reddito netto)**
 - **Attestazione I.S.E.E.**

Al Comune di _____

OGGETTO: Richiesta provvidenza economiche L.R. 9/2004 art. 1) lett. f).

___ I ___ sottoscritt _____ nat ___ a _____

(cognome) (nome)

(____) il _____ residente a _____ (____)

(pro)

(pro)

In _____ n. _____ n. di telefono _____

(indirizzo)

Chiede di poter beneficiare delle provvidenze economiche previste dalla L.R. 9/2004.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione non veritiere, d'informazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del del D.PR.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

- Di non percepire, per la stessa patologia, di altre provvidenze assistenziali relative a rimborsi per le spese di viaggio e soggiorno e sussidi.
- Che il reddito netto percepito dal proprio nucleo familiare, composto da n. _____ persone, è di complessivi € _____ per l'anno _____.

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza.

Si allega certificazione rilasciata dal Presidio di Diagnosi e cura _____

_____ lì _____

(luogo)

(data)

Firma

CERTIFICAZIONE
(Rilasciata da Centri Ospedalieri o Universitari)

Si certifica che __1__ Sig. _____

nat _____ a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

risulta affetto/a da patologia prevista ai sensi della L.R. n. 9/2004 art. 1 lett.f)

accertata in data _____

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

Cagliari li _____

IL DIRIGENTE MEDICO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DA PRODURRE AGLI ORGANI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI.

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)

residente a _____ (_____) in Via _____ n. _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

Recapito Telefonico _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

Di recarsi presso il Presidio Ospedaliero _____
di _____ per effettuare le prestazioni sanitarie specifiche
relative alla: **L.R. n. 9/2004, art. 1 comma 1, lettera f) – Benefici a favore di cittadini
residenti in Sardegna affetti da NEOPLASIA MALIGNA con:**

mezzo proprio _____

trasporto pubblico _____

altro _____

Domusnovas _____

Il Dichiarante

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DA PRODURRE AGLI ORGANI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI.

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)

residente a _____ (_____) in Via _____ n. _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

Recapito Telefonico _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

Di essere nato a _____ il _____

Di essere residente a _____ Via _____

Che il proprio nucleo familiare risulta essere così composto:

N.	Cognome	Nome	Luogo e Data di nascita	Codice Fiscale	Relazione di parentela

Domusnovas _____

Il Dichiarante
