

# **L.R. 11/1985 – L.R. 43/1993 – L.R. 3/2009 art. 8 comma 21**

## **PROVVIDENZE IN FAVORE DEI NEFROPATICI.**

**Alla domanda devono essere allegati i seguenti documenti:**

1. **Referto medico** attestante lo Status di Nefropatico;
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 SIGNOR SINDACO  
Comune di DOMUSNOVAS

Modulo richiesta provvidenze L.R. 11/85 e L.R. 43/93  
RIMBORSO SPESE INTERVENTO DI TRAPIANTO RENALE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente a Domusnovas in  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_ –  
Tel. \_\_\_\_\_, in trattamento dialitico presso il Centro Dialisi di \_\_\_\_\_

CHIEDE

Alla S.V. di poter beneficiare di quanto disposto dalla Legge Regionale n. 11 del 08/05/1985 (Provvidenze a favore dei Nefropatici) e delle modifiche apportate con la Legge Regionale n. 43 del 14/09/1993:

- Rimborso spese viaggio;
- Assegno mensile;
- Contributo Straordinario di cui all'art. 9 L.R. 11/85 per intervento di trapianto renale effettuato in data \_\_\_\_\_;
- rimborso spese soggiorno spettante ai trapiantati che necessitano di recarsi presso il centro ove è avvenuto l'intervento di trapianto e per i controllo necessari.

A tal fine si allegato alla presente:

- Autocertificazione relativa a luogo e data di nascita - residenza – stato di famiglia;
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio nel quale si dichiara di non percepire da altri enti, sussidi allo stesso titolo di cui alla L.R. 11/85;
- Certificato medico rilasciato dal Centro dove è avvenuta l'operazione di trapianto renale e la durata di ricovero del paziente;
- Attestazione sanitaria da cui risulti la necessità per il nefropatico di essere accompagnato dal suo eventuale donatore l'organo e/o da altro accompagnatore;
- Eventuale documentazione necessaria per rimborso spese donatore se in vita;
- Copia Mod. CUD relativo all'anno \_\_\_\_\_ o Modello Unico relativo alla situazione reddituale anno \_\_\_\_\_ o in mancanza di questo, dichiarazione sostitutiva di atto notorio;
- Fotocopia del Codice Fiscale.

Domusnovas, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

AL SIGNOR SINDACO  
del Comune di  
DOMUSNOVAS

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a  
\_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_ e residente a Domusnovas in  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_ –  
Tel. \_\_\_\_\_, trovandosi nelle condizioni previste dalle Leggi Regionali  
n. 11/1985 – n. 43/1993 – n. 3/2009

**“Provvidenze economiche a favore dei Nefropatici”**

C H I E D E

Alla S.V. di poter usufruire dei benefici previsti dalle citate LL.RR.

A tal fine si allegato alla presente:

- a) Certificazione sanitaria attestante lo status di Nefropatico;
- b) Certificato di Stato di famiglia o dichiarazione sostitutiva;
- c) Copia Mod. CUD relativo all'anno \_\_\_\_\_ o Modello Unico relativo alla situazione reddituale anno \_\_\_\_\_;
- d) Certificazione I.S.E.E.;
- e) Copia documento di identità;
- f) Copia Codice Fiscale;
- g) Altro \_\_\_\_\_

Chiede inoltre che le eventuali provvidenze economiche spettanti, possano essere riscosse nel modo appresso indicato:

- Quietanza Diretta;
- Accredito in c/c/bancario-postale; (allegare stampa con indicato codice IBAN)
- Con quietanza a favore del/della Sig. \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in  
\_\_\_\_\_ – Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
– C.F. \_\_\_\_\_ (allegare fotocopia documento identità e Codice Fiscale)

Domusnovas, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

## VIAGGI (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. 11/1985 – L.R. 43/1993 – L.R. 3/2009 art. 8 comma 21 –**  
**- PROVVIDENZE IN FAVORE DEI NEFROPATICI** con:

- mezzo proprio \_\_\_\_\_
- trasporto pubblico \_\_\_\_\_
- altro \_\_\_\_\_

Domusnovas \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_

Al Responsabile dei  
Servizi Sociali  
Comune di DOMUSNOVAS

**OGGETTO: L.R. 11/1985 – L.R. 43/1993 – L.R. 3/2009 art. 8 comma 21 –  
PROVVIDENZE IN FAVORE DEI NEFROPATICI.**  
- Invio Certificato relativo ai trattamenti emodialitici.

Il/la sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ nato a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a Domusnovas in  
Via \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_

(\*) per se medesimo

(\*) in qualità di \_\_\_\_\_ del/la Signor/a  
\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ e residente a Domusnovas in Via \_\_\_\_\_,

**ALLEGA**

certificato relativo ai trattamenti emodialitici effettuati dal\_\_ Signor/ra  
\_\_\_\_\_ presso il Servizio Dialisi del P.O.  
\_\_\_\_\_ – U.O. Nefrologia e Dialisi di \_\_\_\_\_ –  
nel mese di \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_

(\*) compilare la parte interessata

Domusnovas, li \_\_\_\_\_

(firma) \_\_\_\_\_

AL SIGNOR SINDACO  
DEL COMUNE DI

**Modulo richiesta provvidenze L.R. 11/85 e L.R. 43/93  
RIMBORSO SPESE INTERVENTO DI TRAPIANTO RENALE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

nella Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ in trattamento dialitico presso il

Centro Dialisi di \_\_\_\_\_ data trapianto \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di poter beneficiare di quanto disposto dalla Legge Regionale n. 11 del 08/058/1985 (provvidenze a favore dei Nefropatici), e delle modifiche apportate con la Legge Regionale n. 43 del 14/09/1993:

- Rimborso spese viaggio;
- Assegno mensile;
- Contributo ai sensi art. 9 di €. 1.032,91 (contributo per interventi di trapianto renale);
- Rimborso spese soggiorno nella misura prevista dalla normativa vigente;

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_