

Legge Regionale n° 27 del 25/11/1983.

PROVVIDENZE IN FAVORE DI TALASSEMICI, EMOFILICI, EMOLINFOPATICI MALIGNI

Alla domanda devono essere allegati i seguenti documenti:

1. **Referto medico** attestante lo Status di Talassemico, Emofilico, Emolinfopatico maligno;
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

OGGETTO: Richiesta provvidenze ai sensi Legge Regionale n° 27 del 25/11/1983.

Il Sottoscritto _____ nato a _____
() il _____ e residente a Domusnovas in Via _____
n° _____, C.F. _____ – Tel. _____,

CHIEDE

per se / o per _____ nato a _____ () il
_____ e residente a Domusnovas in Via _____ n°
_____, C.F. _____ – di poter beneficiare delle provvidenze previste
dalla L.R. n° 27 del 25/11/1983 - **Provvidenze a favore di Talassemici, Emofilici, Emolinfopatici maligni**
- relativamente a quelle spettantegli/le in base alla certificazione allegata.

Dichiara inoltre, sotto la propria responsabilità, di non aver diritto, per lo stesso titolo, e comunque di non usufruire, di rimborsi spese viaggio e di soggiorno da parte di Enti previdenziali e assicurativi.

Allo stesso fine allega, inoltre, i seguenti documenti:

1. **Referto ematologico** corredato da relativa certificazione diagnostica, entrambi in originale, rilasciati da uno dei presidi pubblici di diagnosi e cura di cui all'art. 1 della L.R. n° 27 del 25/11/1983.
2. **Dichiarazione sostitutiva** di certificazione relativa a:
 - Luogo e data di nascita;
 - Residenza;
 - Stato di famiglia;
3. **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.
4. Copia **Documento di Identità e Codice Fiscale**.
5. Attestazione **I.S.E.E.**

Chiede inoltre che le eventuali provvidenze economiche spettanti, possano essere riscosse per suo conto dal/la Sig./ra _____ nato/a a _____ il _____
e residente in _____ – Via _____ n° _____ – C.F. _____
_____ Tel. _____

Domusnovas, li _____

firma

AL RESPONSABILE
UFFICIO SERVIZI SOCIALI
Comune di DOMUSNOVAS

OGGETTO: Richiesta provvidenze ai sensi Legge Regionale n° 27 del 25/11/1983.

Il/La Sottoscritt _____
nat _____ a _____ () il _____ e residente a
Domusnovas in Via _____ n° _____, a far data dal

C.F. _____ – Tel. _____

CHIEDE

poiché proveniente dal Comune di _____, di poter beneficiare delle provvidenze previste dalla L.R. n° 27 del 25/11/1983 - **Provvidenze a favore di Talassemici, Emofilici, Emolinfopatici maligni** - relativamente a quelle spettantegli in base alla certificazione depositata presso il Comune di _____.

Dichiara inoltre, sotto la propria responsabilità, di non aver diritto, per lo stesso titolo, e comunque di non usufruire, di rimborsi spese viaggio e di soggiorno, da parte di Enti previdenziali e assicurativi.

Allo stesso fine allega i seguenti documenti:

- Copia Documento di Identità;
- Copia Codice Fiscale;

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

- Quietanza Diretta;
- Accredito c/c/bancario/postale (allegare copia Codice IBAN);

Domusnovas, li _____

(firma)

AL SIGNOR SINDACO
Comune di DOMUSNOVAS

OGGETTO: Richiesta provvidenze ai sensi Legge Regionale n° 27 del 25/11/1983.

Il Sottoscritto _____ nato a _____
() il _____ e residente a Domusnovas in Via _____
n° _____, C.F. _____ – Tel. _____,

CHIEDE

di poter beneficiare delle provvidenze previste dalla L.R. n° 27 del 25/11/1983 -
Provvidenze a favore di talassemici, emofilici, emolinfopatici maligni -
relativamente a quelle spettantegli/le in base alla certificazione allegata.

Dichiara inoltre, sotto la propria responsabilità, di non aver diritto, per lo stesso titolo, e comunque di non usufruire, di rimborsi spese viaggio e di soggiorno da parte di Enti previdenziali e assicurativi.

Allo stesso fine allega, inoltre, i seguenti documenti:

1. **Referto ematologico** corredato da relativa certificazione diagnostica, entrambi in originale, rilasciati da uno dei presidi pubblici di diagnosi e cura di cui all'art. 1 della L.R. n° 27 del 25/11/1983.
2. Dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa a:
 - Luogo e data di nascita;
 - Residenza;
 - Stato di famiglia;
3. **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.
4. **Certificato I.S.E.E.**

Chiede inoltre che le eventuali provvidenze economiche spettanti, possano essere riscosse per suo conto da _____ Sig. _____ nato/a a _____
il _____ e residente in _____ -
Via _____ n° _____ – C.F. _____ Tel. _____

Domusnovas, li _____

firma

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. 25/11/1983 n. 27 - Provvidenze a favore di Talassemici,
Emofilici, Emolinfopatici maligni**, con:

- mezzo proprio _____
- trasporto pubblico _____
- altro _____

Domusnovas _____

Il Dichiarante
