

**L.R. 12/2011 art. 18, comma 3 - L. R. 5/2017 – art. 5
comma 18 estensione benefici della L.R. 11/85 – L.R.
43/1993 – L.R. 3/2009 ai **Trapiantati di Fegato, Cuore,
Pancreas e Polmoni.****

Alla domanda devono essere allegati i seguenti documenti:

1. **Referto medico** attestante lo Status di Trapiantato;
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
del Comune di DOMUSNOVAS

Il Sottoscritto _____ nato a _____ () il _____ e residente a Domusnovas in Via _____ n° _____, C.F. _____ – Tel. _____, trovandosi nelle condizioni previste dall'art. 18, comma 3 della Legge Regionale 30 giugno 2011 n. 12, che prevede l'estensione delle provvidenze previste dall'art. 1 della Legge Regionale n. 11/85 (Nuove norme per le provvidenze a favore dei Nefropatici) anche ai **Trapiantati di Fegato, Cuore e Pancreas** – nonché L. R. 13 Aprile 2017, n. 5 – art. 5 comma 18 che prevede l'estensione di dette provvidenze anche ai **Trapiantati di Polmone** residenti in Sardegna;

C H I E D E

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

A tal fine si allegano alla presente:

- a) Certificazione sanitaria attestante lo status di Trapiantato di _____;
- 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) Copia documento di identità e codice fiscale;
- e) Attestazione I.S.E.E.;
- f) Altro _____;

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

Al Responsabile dell'Area di
attività: Servizi Sociali
Comune di DOMUSNOVAS

**OGGETTO: L.R. 12/2011 art. 18 comma 3 – L. R. 13 Aprile 2017, n. 5 – art. 5 comma 18 -
ESTENSIONE BENEFICI DELLA L.R. 11/1985 – L.R. 43/1993 – L.R. 3/2009 -
AI TRAPIANTATI DI FEGATO, CUORE, PANCREAS E POLMONE.**
- Invio Certificato Medico.

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 alle prestazioni sanitarie specifiche effettuate dal__ Signor/ra
_____ presso il Presidio Ospedaliero
_____ di _____ – nel
corso del **I°** - **II°** Semestre - Anno _____

(*) compilare la parte interessata

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. 12/2011 art. 18 comma 3 – L. R. 13 Aprile 2017, n. 5 – art. 5 comma 18 Estensione benefici della L.R. 11/1985 – L.R. 43/1993 – ai TRAPIANTATI DI FEGATO, CUORE, PANCREAS E POLMONE** con:

- mezzo proprio _____
- trasporto pubblico _____
- altro _____

Domusnovas _____

Il Dichiarante
