



Bauladu, Bonarcado, Cuglieri,
Milis, Nurachi, Santu Lussurgiu,
Scano di Montiferru, Seneghe,
Sennariolo, Tramatzu, Zeddiani



COMUNE DI SENEGHE

SPAZIO PROTOCOLLO

All'Ufficio Servizi Sociali

OGGETTO: richiesta provvidenza LL.RR. n. 11 dell'8.05.1985 e n. 43/1993.

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ il _____
residente in _____ via _____ n. _____,
telefono/cell. _____ e-mail _____

CHIEDE

per se
 per _____, nato/a a _____
il _____ residente in _____ via _____
affetto/a da: _____

di poter beneficiare delle provvidenze previste dalle LL.RR. n. 11 dell'8.05.1985 e n. 43/1993.

A tal fine, 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

1. che la composizione del nucleo familiare, oltre il richiedente, è la seguente:

n.	cognome e nome	luogo di nascita	data di nascita	rapporto parentela
1				
2				
3				
4				

2. di non percepire, per la stessa patologia, altre provvidenze assistenziali relative a rimborsi per le spese di viaggio, soggiorno e sussidi.

3. che il reddito **NETTO** percepito dal proprio nucleo familiare, composta da n. ___ persone, è di complessivi € _____ per l'anno _____ (*Redditi propri, coniuge e figli minori a carico*)

4. 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.

5. di essere stato trapiantato in data _____ di non essere stato trapiantato

Allega i seguenti documenti:

1. Certificato medico attestante lo stato di nefropatico sottoposto a regolare trattamento dialitico rilasciato da presidio sanitario pubblico.
2. Fotocopia carta identità.

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali disponibile sul sito istituzionale dell'ente, nella sezione dedicata al procedimento in questione.

Seneghe, lì _____

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)
MODULO PER LA COMUNICAZIONE DELLA MODALITÀ DI PAGAMENTO

IL sottoscritto _____ nato a _____ il _____
 e residente a _____, in via _____,

C/F _____, tel _____ in qualità di:

per se medesimo;

titolare della responsabilità genitoriale di _____ (indicare nome e cognome);

incaricato della tutela/curatela/amministrazione di sostegno di _____ (allegare decreto di nomina del tribunale).

Consapevole della responsabilità penale cui puo' andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000;

DICHIARA (ai sensi del comma 7 dello stesso art.3)

1. Di voler ricevere le comunicazioni in merito ai pagamenti dovuti dal Comune di Seneghe, **all'indirizzo e-mail:** _____

2. **Di scegliere come modalità di pagamento** di quanto dovuto dal Comune di Seneghe ai fini dei rimborsi spesa previsti dal piano: (barrare una delle seguenti modalità di pagamento)

Quietanza diretta in denaro contante intestata al sottoscritto da ritirare presso il Tesoriere Banco di Sardegna di Seneghe;

Quietanza diretta in denaro contante con delega alla riscossione a favore di _____ nato a _____ il _____ CF: _____ da ritirare presso il Tesoriere Banco di Sardegna di Seneghe (allegare carta d'identità del delegante e delegato);

Bonifico bancario presso il conto corrente intestato o cointestato al sottoscritto.

DATI IDENTIFICATIVI DEL CONTO CORRENTE:

accredito su c/c postale presso ufficio postale di _____

accredito su c/c Bancario-Banco di _____ agenzia di _____

2 car.	2 car.	1car.	5 caratteri	5 caratteri	12 caratteri
PAESE	CHECK	CIN	ABI	CAB	N°CONTO

Dichiara di essere informato, che ai sensi e per gli effetti del D. Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

FIRMA

Si allega Documento di Identità in corso di validità del dichiarante