



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 PROVVIDENZE ECONOMICHE L.R. 9/2004 ART. 1) LETTERA F).**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_, telefono/cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**chiede di poter beneficiare delle provvidenze economiche previste dalla L.R. n. 9/2004.**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione non veritiera, d'informazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 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, composta da n. \_\_\_ persone, è di complessivi € \_\_\_\_\_ per l'anno \_\_\_\_\_ (*Redditi propri, coniuge e figli minori a carico*)

– di essere in possesso della dichiarazione dalla quale risulta affetto/a dalla patologia prevista ai sensi della L.R. n. 9/2004 art. 1 lett.f), rilasciata dal Presidio di Diagnosi e cura di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_.

– 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.

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 \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

**CERTIFICAZIONE**  
**(Rilasciata da Centri Ospedalieri o Universitari)**

Si certifica che il/la

sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a 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.

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

Il Dirigente Medico

\_\_\_\_\_

**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.	1 car	5 caratteri	5 caratteri	12 caratteri
<b>PAESE</b>	<b>CHECK</b>	<b>CIN</b>	<b>ABI</b>	<b>CAB</b>	<b>N°CONTO</b>

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**