



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



**COMUNE DI SENEGHE**

SPAZIO PROTOCOLLO

**All'Ufficio Servizi Sociali**

**OGGETTO: L.R. n. 27 del 25.11.1983 e successive modificazioni L.R. n. 6/1992. Richiesta provvidenze economiche.**

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

**CHIEDE**

per se  
 per \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_, di poter beneficiare  
delle provvidenze previste dalla L.R. n. 27 del 25.11.1983 e successive modificazioni con la  
L.R. n. 6/92, relativamente a quelle spettategli/le in base alla certificazione allegata.

Allega 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. 2 della L.R. 27 del 25.11.1983.
2. Dichiarazione resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 relativa alla situazione reddituale e di non beneficiare, per lo stesso titolo, di altre sovvenzioni da altri Enti.
3. Fotocopia carta identità e codice fiscale.

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**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

**(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

**DA PRESENTARE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI.**

**Il/La sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

**nato/a a** \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) **il** \_\_\_\_\_

**residente a** \_\_\_\_\_ ( ) **in Via** \_\_\_\_\_ **n.** \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**DICHIARA**

- Di essere affetto da \_\_\_\_\_ (come da certificato allegato) e di sottoporsi con la regolarità che la propria affezione richiede alla prestazioni sanitarie specifiche di terapia e controlli;
- di non aver diritto a rimborsi, per la stessa patologia, per spese di viaggio, soggiorno e dell'assegno mensile da parte di Enti previdenziali e/o assicurativi;
- che il reddito effettivo NETTO conseguito dal proprio nucleo familiare, *ai sensi dell'art. 3 comma II della L.R. n. 27 del 25.11.1983*, per l'anno \_\_\_\_\_, composto da n. \_\_\_\_\_ persone è stato di complessivi € \_\_\_\_\_.

Seneghe , lì \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

**DA PRESENTARE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI  
SERVIZI.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_, email \_\_\_\_\_

esercente la patria potestà del minore \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ con me convivente, consapevole  
delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,  
richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**DICHIARA**

- che il minore è affetto da \_\_\_\_\_ (come da certificato allegato) si sottopone con la regolarità che la propria affezione richiede alla prestazioni sanitarie specifiche presso l'Ospedale \_\_\_\_\_  
ove si reca per terapie e controlli.
- che non ha diritto a rimborsi, per la stessa patologia, per spese di viaggio, soggiorno e dell'assegno mensile da parte di Enti previdenziali e/o assicurativi.
- che il reddito effettivo NETTO conseguito dal proprio nucleo familiare, ai sensi dell'art. 3 comma II della L.R. 27 del 25.11.1983, per l'anno \_\_\_\_\_, composto da n. \_\_\_\_\_ persone è stato di complessivi € \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_

**A.S.L. N. \_\_\_\_\_ Servizio di \_\_\_\_\_**

**REFERTO EMATOLOGICO**

Si attesta che il/la Sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ risulta affetto  
da \_\_\_\_\_, considerata nella Legge Regionale della Regione  
Autonoma della Sardegna n. 27 del 25.11.1983.

La malattia è stata diagnosticata in data \_\_\_\_\_ come da certificazione diagnostica  
a parte.

Il trattamento è stato iniziato in data \_\_\_\_\_ ed è tuttora in corso, per cui il  
paziente deve periodicamente presentarsi per l'effettuazione delle terapie o esami connessi  
allo specifico status morbosus ed è stato interrotto in data \_\_\_\_\_ peraltro il  
paziente, data la possibilità di ricadute e di conseguenze della malattia e della terapia  
praticata, deve periodicamente presentarsi per visita medica ed esami.

**Il Medico del reparto**

\_\_\_\_\_

CERTIFICAZIONE DIAGNOSTICA

Si certifica che il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
risulta affetto/a da \_\_\_\_\_, considerata nella Legge Regionale  
della Regione Autonoma della Sardegna n. 27 del 25 novembre 1983.

La diagnosi è basata, oltre che su dati clinici, sulla base di:

- esame ematologico n. \_\_\_\_\_ del Servizio di \_\_\_\_\_ in  
data \_\_\_\_\_;
- esame istologico n. \_\_\_\_\_ del Servizio di \_\_\_\_\_ in  
data \_\_\_\_\_

**Il Medico del reparto**

\_\_\_\_\_

**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 previsti: (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, e del regolamento UE GDPR ( GENERAL DATA PROTECTION REGULATION) N. 2016/679.

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**