

All'attenzione della Responsabile dei Servizi Sociali

Comune di Carbonia

**OGGETTO: RICHIESTA PROVVIDENZE ECONOMICHE AI SENSI DELLA LEGGE REGIONALE N. 9/04 –
ART. 1 – LETT. F**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a
_____ prov.(____) il ____/____/____
residente a _____ in via _____ n° ____ tel./cell.
_____ Cod.fiscale _____

CHIEDE

di poter beneficiare delle provvidenze economiche previste dalla Legge Regionale n. 9/2004.

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

DICHIARA

- di non percepire, per la stessa patologia, altre provvidenze assistenziali relative a rimborsi delle spese di viaggio e di soggiorno e sussidi;

- che il reddito netto percepito dal proprio nucleo familiare composto da n. ____ persone è di complessivi € _____ relativi all'anno _____.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003 e dell'art.13 del Regolamento Europeo 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.

Luogo e Data, _____ Il/la Richiedente _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 del DPR n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il ____/____/____

a _____ prov (_____) residente a

in via/piazza _____ n° ____ tel. _____

codice fiscale _____

a conoscenza del fatto che in caso di false dichiarazioni si applicano le pene stabilite dall'art. 76 del DPR 445/00,

DICHIARA che:

1) il proprio nucleo familiare, come da stato di famiglia, è così composto:

Nome Cognome data di nascita Rapporto di parentela

1- _____ / ____/____ _____

2- _____ / ____/____ _____

3- _____ / ____/____ _____

4- _____ / ____/____ _____

5- _____ / ____/____ _____

6- _____ / ____/____ _____

N.B. Indicare, oltre al beneficiario, il coniuge o convivente ed i figli a carico

2) per l'anno _____ il sottoscritto ha percepito risorse complessive comprendenti tutte le entrate comunque conseguite, escluso l'assegno di accompagnamento, pari a € _____, derivanti da:

a)- pensioni (tipo _____) € _____

b)- lavoro dipendente € _____

c)- lavoro autonomo € _____

d)- lavoro saltuario e occasionale € _____

e)- erogazioni assistenziali comunali € _____

f)- erogazioni assistenziali altri Enti € _____

3) dichiara inoltre, l'insussistenza del diritto a rimborsi per lo stesso titolo da parte di altri Enti previdenziali o assicurativi, o di altri Enti anche sulla base di normative statali e regionali.

Luogo e Data _____ Il/la Dichiarante _____

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Tutti i dati forniti saranno trattati ai sensi e nei limiti del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196(Codice in materia di protezione dei dati personali) e del Regolamento UE N. 2016/679.

Si allega la certificazione rilasciata dal Presidio di Diagnosi e cura _____

Luogo e Data, _____ Il/la Richiedente _____

Documentazione da allegare alla presente domanda:

- copia di un documento di identità in corso di validità;
- certificazione rilasciata da un Ente Ospedaliero o universitario, attestante la data di riconoscimento della neoplasia;
- certificazione attestante i viaggi effettuati presso le strutture ospedaliere per effettuare la terapia;
- copia del codice iban;
- certificazione del reddito (Modello 730 e/o Modello Redditi, Modello CUD, certificazioni e altra documentazione attestante il reddito);

N.B.

Per essere valida, la presente autocertificazione deve essere firmata davanti al funzionario comunale competente, oppure firmata e trasmessa completa di fotocopia del documento di identità in corso di validità