

**OGGETTO: Richiesta provvidenze economiche ai sensi della Legge Regionale n° 11/1985  
e successive modificazioni**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ residente  
a Quartu Sant'Elena in via/p.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_  
tel./cell. \_\_\_\_\_ cod. fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter beneficiare delle provvidenze previste dalla LR n° 11/1985.

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 DPR 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 euro \_\_\_\_\_ relativi all'anno 201 \_\_\_.

Dichiara 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.

Si allega la certificazione rilasciata dal Presidio di Diagnosi e cura \_\_\_\_\_ attestante lo status di neuropatico.

Quartu Sant'Elena, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Il Richiedente \_\_\_\_\_

**Documentazione da allegare alla presente domanda:**

- copia di un documento di identità in corso di validità;
- copia del codice fiscale;
- certificazione rilasciata da un Ente Ospedaliero o universitario, attestante la data di inizio del trattamento in dialisi;
- autocertificazione dello stato di famiglia e del reddito complessivo di tutti i componenti il nucleo familiare;
- certificazione attestante i viaggi effettuati presso le strutture ospedaliere per effettuare la terapia.
- Codice IBAN



## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 del DPR n° 445/2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nat \_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ residente a Quartu Sant'Elena  
in via/p.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_  
cod. fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

a conoscenza del fatto che in caso di false dichiarazioni si applicano le pene stabilite dall'art. 76 del DPR 445/2000, dichiara che:

1) che il proprio nucleo familiare è così composto:

Nome Cognome	Data di nascita	Rapporto di parentela
1 _____	___ / ___ / _____	_____
2 _____	___ / ___ / _____	_____
3 _____	___ / ___ / _____	_____
4 _____	___ / ___ / _____	_____
5 _____	___ / ___ / _____	_____
6 _____	___ / ___ / _____	_____
7 _____	___ / ___ / _____	_____

**n.b.:** indicare oltre il beneficiario, il coniuge o convivente e i figli a carico.

2) per l'anno 20 \_\_\_ il sottoscritto ha percepito risorse complessive comprendenti tutte le entrate comunque conseguite, escluso l'assegno di accompagnamento, pari a euro \_\_\_\_\_ derivanti da:

a) pensioni (tipo _____)	euro _____
b) lavoro dipendente	euro _____
c) lavoro autonomo	euro _____
d) lavoro saltuario e occasionale	euro _____
e) erogazioni assistenziali comunali	euro _____
f) erogazioni assistenziali altri Enti	euro _____

3) Di possedere i seguenti beni immobili:

\_\_\_\_\_

4) 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.

Quartu Sant'Elena \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Il/la Dichiarante \_\_\_\_\_

### Trattamento dati personali

*Tutti i dati forniti saranno trattati ai sensi del D.Lgs. n°196/2003 in materia di tutela della privacy.*

**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.



**Oggetto: Trasmissione codice IBAN**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

**comunica**

il codice IBAN \_\_\_\_\_

del conto corrente aperto presso \_\_\_\_\_

della carta prepagata rilasciata da \_\_\_\_\_

intestato al beneficiario del contributo/sussidio

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente in Quartu Sant'Elena, via/p.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

per l'accreditamento dei contributi / sussidi

Ore preziose

Bonus famiglia

Legge 168/98

Legge Regionale n° 20/97

**X Legge Regionale n° 11/85 (Nefropatici)**

Legge Regionale n° 7/91 (Immigrati di rientro)

Legge Regionale n° 27/83 (Talassemie / Leucemie)

Legge Regionale n° 9/04 (Neoplasie)

Legge n° 13/1989 (Barriere architettoniche)

Legge 431/98 (Contributi canoni di locazione)

Ritornare a casa–Piani personalizzati

Altro \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

