UNIONE DEI COMUNI Montiferru e Alto Campidano Bauladu, Bonarcado, Cuglieri, Milis, Nurachi, Santu Lussurgiu, Scano di Montiferro, Seneghe, Sennariolo, Tramatza, Zeddiani	**Comune**	CONSORZIO REGIONALE ITALIA SOLIDALE NETWORK ETICO ONLUS Isola Verde Soc. Coop. Sociale

OGGETTO: RICHIESTA PROVVIDENZE ECONOMICHE L.R. 9/2004 ART. 1) LETTERA F).

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a 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.

Comune, _____ Il/la 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.

_____ lì _____

_____

Il Dirigente Medico

_____

UNIONE DEI COMUNI Montiferru e Alto Campidano Bauladu, Bonarcado, Cuglieri, Milis, Nurachi, Santu Lussurgiu, Scano di Montiferro, Seneghe, Sennariolo, Tramatza, Zeddiani	**Comune**	NETWORK ETICO ONLUS Isola Verde Soc. Coop. Sociale

OGGETTO: SCELTA MODALITÀ DI PAGAMENTO DELLE PROVVIDENZE

In relazione al disposto dell'art. 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136, come modificato dall'art. 7 del D.L. 12 novembre 2010, n. 187, si prega di prendere nota che tutte le somme dovute dovranno essere corrisposte mediante (**barrare la voce che interessa**):

☐ – Quietanza diretta, con mandato a nome di _____

☐ – Accredito su c/c postale dedicato

☐ – Accredito su c/c bancario dedicato

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

intestato a: _____ con spese a ns. carico.

Che le generalità delle persone delegate ad operare su di esso sono:

COGNOME E NOME	C. F.
_____	_____
_____	_____

Il dichiarante

_____, _____

_____

il/la sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 artt. 6, 7, 8, 9, **dichiara** di essere informato/a, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento finalizzato all'intervento richiesto, per cui presta il suo consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

□ **Acconsento** □ **Non acconsento** al trattamento dei miei dati personali per l'invio tramite sms e/o e-mail di comunicazioni informative e/o scadenze, nonché newsletter da parte del Segretariato Sociale in relazione ai suoi servizi.

_____, _____

Firma del richiedente_____