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

OGGETTO: richiesta provvidenza LL.RR. n. 11 dell'8.05.1985 e n. 43/1993.

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

il _____ residente in _____

via _____n. ___, telefono/cell. _____

e-mail_____

CHIEDE

☐ per se
☐ per _____, nato/a a _____ il

_____ residente in _____ via _____ affetto/a da:

_____

di poter beneficiare delle provvidenze previste dalle LL.RR. n. 11 dell'8.05.1985 e n. 43/1993.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

1. che la composizione del nucleo familiare, oltre il richiedente, è la seguente:

n.	cognome e nome	luogo di nascita	data di nascita	rapporto parentela
1				
2				
3				
4				

2. di non percepire, per la stessa patologia, altre provvidenze assistenziali relative a rimborsi per le spese di viaggio, soggiorno e sussidi.
3. 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)*
4. 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.
5. ☐ di essere stato trapiantato in data _____ ☐ di non essere stato trapiantato

Allega i seguenti documenti:

1. Certificato medico attestante lo stato di nefropatico sottoposto a regolare trattamento dialitico rilasciato da presidio sanitario pubblico.
2. Fotocopia carta identità.

UNIONE DEI COMUNI Montiferru e Alto Campidano Bauladu, Bonarcado, Cuglieri, Milis, Nurachi, Santu Lussurgiu, Scano di Montiferro, Seneghe, Sennariolo, Tramatza, Zeddiani	**Comune**	CONSORZIO REGIONALE LIBERTÀ 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 a questa ditta 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_____