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

OGGETTO: L.R. n. 27 del 25.11.1993 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.

Lì_____, _____

Il Dichiarante

_____

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

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 € _____.**

Il Dichiarante

_____, _____

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

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

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._____,

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

_____, _____

_____

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Assessorato Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale

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 morboso 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

IL DIRETTORE SANITARIO

_____ _____

A.S.L. N° _____ SERVIZIO DI _____

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 DIRETTORE SANITARIO

_____

IL MEDICO DEL REPARTO

_____

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_____