



COMUNE DI OSILO

Provincia di Sassari

Via Sanna Tolu, 30 - TEL. 079/324200 - FAX 079/324245 Cod. Fisc. 8000591 090 8 - Part. IVA 0029262 090 3

osilocom@gmail.com

Settore Servizi Sociali e Culturali

**Al Responsabile del Servizio Socio-Culturale
del Comune di Osilo**

**Richiesta provvidenze a favore di EMOFILICI, TALASSEMICI E EMOLINFOPATICI
MALIGNI, ai sensi delle LL.RR. n. 27/1983 e n. 6/1992**

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ il ____/____/____ Codice Fiscale _____
_____ residente a _____
in _____ recapito telefonico _____
indirizzo mail _____

In nome e per conto di (indicare se diverso dal richiedente i dati del soggetto Beneficiario)

in qualità di Legale Rappresentante del seguente: ☐ minore ☐ interdetto ☐ inabilitato di:

(nome e cognome) _____ nato/a a _____ il
____/____/____ Codice Fiscale _____ residente a _____
_____ in _____

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. 28 dicembre 2000 n. 445

DICHIARA

- ☐ Di sottoporsi, con la regolarità che la propria affezione richiede, alle prestazioni sanitarie specifiche, in comuni diversi da quello di residenza;
- ☐ Di non aver diritto a rimborsi o sussidi per lo stesso titolo da parte di enti previdenziali o assicurativi, o di altri enti anche sulla base di normative statali e regionali;
- ☐ Che il proprio nucleo familiare e relativi redditi sono quelli riportati nella tabella seguente:

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	STATO CIVILE	RELAZIONE PARENTELA	REDDITO NETTO ANNUO

COMUNE DI OSILO
Provincia di Sassari

Via Sanna Tolu, 30 - TEL. 079/324200 - FAX 079/324245 Cod. Fisc. 8000591 090 8 - Part. IVA 0029262 090 3
osilocom@gmail.com

Settore Servizi Sociali e Culturali

ANNO DI RIFERIMENTO: _____ Totale Reddito ANNUO:				

CHIEDE

Ai fini della ☐ presentazione ☐ rinnovo della domanda, di poter beneficiare di quanto disposto dalla Legge Regionale N. 11 del 08.05.1985 s.m.i. (Provvidenze a favore emofilici, talassemici e emolinfopatici maligni);

CHIEDE, altresì che il pagamento delle somme spettanti sia effettuato nella seguente modalità:

- ☐ Quietanza diretta (ritiro somma in contanti) presso la filiale del Banco di Sardegna di Osilo;
- ☐ Accredito su conto corrente bancario/postale con il seguente Iban:

[illegible]

Intestato a (il conto corrente deve essere necessariamente intestato all'Utente Beneficiario):

ALLEGA

- ☐ CERTIFICATO DIAGNOSTICO ED EMATOLOGICO IN CUI SIA SPECIFICAMENTE INDICATO CHE LA PATOLOGIA ACCERTATA RIENTRI TRA QUELLE INDICATE DALLA L.R. 27/83, RILASCIATI DA UNO DEI PRESIDI PUBBLICI DI DIAGNOSI E CURA;
- ☐ COPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA';
- ☐ DICHIARAZIONE DEI REDDITI ANNO 20__ (RIFERITA ALL'ANNO 20__). ALTERNATIVAMENTE MOD. 730 - MOD. UNICO, CU, MODELLO ISEE ANNO 20__;
- ☐ ISEE SOCIO SANITARIO 2022;

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti ai sensi GDPR 2016/679 e s.m.i. 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

Firma