Al Sindaco del

Comune di Valledoria

**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 Valledoria 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

Valledoria, \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_ 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 Valledoria

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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cognome** | **Nome** | **Data di nascita** | **Rapporto di parentela** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**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.

Valledoria \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_ 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 trasmesse completa di fotocopia del documento di identità in corso di validità.*

Al Comune di Valledoria

Settore Servizi Sociali

Corso Europa 76

**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 Valledoria, via/p.zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_

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

per l’accreditamento dei contributi / sussidi

□ Bonus famiglia

□ Legge 162/98

□ 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_