

	Amministrazione destinataria Comune di Porto Torres Ufficio destinatario	
---	--	--

Domanda di accesso ai contributi economici a favore di emofilici, talassemici ed emolinfopatici maligni

Il sottoscritto					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata	

CHIEDE

il rilascio di contributi economici a favore degli emofilici, talassemici e emolinfopatici maligni

Soggetto interessato				
<input type="radio"/>	per sè stesso			
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato			
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Sesso	Data di nascita	Luogo di nascita		Cittadinanza
In qualità di (*)				

In qualità di ()*:

amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

attualmente residente in						
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico	Barrato	Piano
sotto forma di						
Forma						
<input type="radio"/>	assegno mensile					
<input type="radio"/>	rimborso spese di viaggio o di trasporto e di soggiorno					
pertanto allega referto ematologico corredato da relativa certificazione diagnostica						

CHIEDE INOLTRE

che il versamento dei sussidi economici avvenga con la seguente modalità

<input type="radio"/>	accredito su c/c postale o bancario	
	Codice IBAN	
	Cognome intestatario	Nome intestatario
<input type="radio"/>	accredito su carta prepagata	
	Codice IBAN	
	Cognome intestatario	Nome intestatario
<input type="radio"/>	rimessa diretta <i>(solo per importi inferiori a 1.000,00 €)</i>	

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

di essersi recato con il seguente veicolo

Mezzo utilizzato	
<input type="radio"/>	autovettura privata
	Proprietario
	Targa
<input type="radio"/>	mezzi pubblici

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 regionali

che il proprio nucleo familiare e i relativi redditi sono quelli riportati nella tabella seguente

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela(**)	Reddito annuo netto
				€
				€
				€
				€
				€
Anno di riferimento				Totale reddito annuo netto
				€

di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente e di assumere tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione

di possedere il seguente ISEE

Valore ISEE	Data rilascio	Data fine validità
€		

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

<input type="checkbox"/>	referto ematologico corredato da relativa certificazione diagnostica <i>(rilasciati da uno dei presidi pubblici di diagnosi e cura)</i>
<input type="checkbox"/>	documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Porto Torres		
Luogo	Data	Il dichiarante