

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

## Domanda di accesso ai contributi economici a favore dei nefropatici

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 dei nefropatici

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
<input type="radio"/>	contributi in caso di trapianto renale
<input type="radio"/>	contributi forfettari per spese di approntamento locali e per spese di consumo energia elettrica, di acqua e di consumo in caso di emodialisi domiciliare
<input type="radio"/>	contributo per l'assistente di dialisi, in caso di dialisi domiciliare ( <i>peritoneale o emodialisi</i> )

**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 non aver diritto a rimborsi o sussidi per lo stesso titolo da parte di enti previdenziali o assicurativi o altri enti anche sulla base di normative statali e regionali
- di essere in trattamento dialitico

Anno di inizio trattamento	
Luogo del trattamento	
<input type="radio"/>	centro o struttura di dialisi
	Nome centro o struttura
<input type="radio"/>	dialisi domiciliare di tipo
<input type="radio"/>	peritoneale
<input type="radio"/>	emodialisi

- 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 checked="" type="checkbox"/>	certificato medico attestante lo status di nefropatico sottoposto a regolare trattamento dialitico
<input checked="" type="checkbox"/>	certificazione del presidio di dialisi ospedaliero <i>(da allegare se è necessario un accompagnatore)</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