Amministrazione destinataria

Comune di Porto Torres

Ufficio destinatario

Domanda di accesso ai contributi economici a favore di soggetti affetti da neoplasia maligna

Il sottoscritto

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

- ○ il rilascio di contributi economici a favore di soggetti affetti da neoplasia maligna sotto forma di rimborso spese di viaggio o di trasporto e di soggiorno
- ○ il rinnovo del rilascio dei contributi economici a favore di soggetti affetti da neoplasia maligna sotto forma di rimborso spese di viaggio o di trasporto e di soggiorno

Soggetto interessato

- ○ per sè stesso
- ○ per il seguente familiare o tutelato

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

in qualità di *(*)*

Ruolo

In qualità di (*):
amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

CHIEDE INOLTRE

che il versamento dei sussidi economici avvenga accredito su c/c postale o bancario

Codice IBAN

Cognome intestatario | **Nome intestatario**

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 per effettuare gli specifici trattamenti nelle giornate e nelle strutture seguenti

Data del trattamento	Tipologia di trattamento	Struttura

Mezzo utilizzato

- ◯ autovettura privata

  Proprietario | **Targa**

- ◯ mezzi pubblici

DICHIARA INOLTRE

- [x] di sottoporsi, con la regolarità che la propria affezione richiede, alle prestazioni sanitarie specifiche, in Comuni diversi da quello di residenza
- [x] 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
- [x] 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
	€

- [x] di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente e di assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione
- [x] di possedere il seguente ISEE

Importo	Data di rilascio	Data di scadenza	Protocollo DSU
€			

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

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

- [ ] copia del documento d'identità del beneficiario
  (familiare o tutelato)
- [x] certificazione diagnostica attestante la patologia
- [x] copia dell'attestazione ISEE
- [x] certificazione medica rilasciata da centri ospedalieri o universitari
- [ ] documento di identità
  (da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- [ ] altri allegati

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)

- [ ] 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**