

OGGETTO: Richiesta sussidi previsti dalla L.R. 8 Maggio 1985 n. 11 e ss.mm.ii..

Il/la Sottoscritt/___ _____ nat___ a
_____ (Prov.____) il _____ residente a Gonnoscodina in via
_____ tel. _____ indirizzo e-mail
_____ Cod. fiscale _____

CHIEDE

Di poter beneficiare ai sensi della L.R. 11 del 08/05/1985 delle seguenti provvidenze:

assegno mensile

rimborso delle spese di viaggio o di trasporto e di soggiorno

contributi forfetari per le spese di consumo di energia elettrica, di acqua e di consumo telefonico, sostenute per il trattamento dialitico domiciliare.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti di cui al D.P.R. 445 del 28.12.2000 artt. 46 e 47, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro

DICHIARA

- Di recarsi presso l'ospedale _____ di _____, dove si sottopone periodicamente a trattamento emodialitico viaggiando con :

mezzo proprio

mezzo pubblico

con mezzo di proprietà del Sig. _____, nato a _____ il _____ - TARGA _____

- che il proprio nucleo familiare è così composto

N	Cognome e Nome	Nato/a il	Località	Parentela
1				
2				
3				
4				

Nota: per *nucleo familiare*, ai sensi della legge regionale n. 11/85 deve intendersi:
- nel caso di *nefropatico coniugato*, quello costituito dal *nefropatico stesso e, se conviventi, dal coniuge e dai figli base alle norme vigenti;*

Servizio: SERVIZI SOCIALI E ALLA PERSONA Ufficio: SERVIZIO SOCIALE Sede: Via Municipio n 3- Gonnoscodina (OR)

Procedimento: PROVVIDENZE A FAVORE DEI NEFROPATICI AI SENSI DELLA LEGGE REGIONALE 8 MAGGIO 1985, N. 11 E SS.MM.II.

Responsabile del Procedimento: Rita Tetti Recapiti: Tel. 0783-92000 e-mail : E-mail ss.gonnoscodina@tiscali.it

Orari di apertura al pubblico: Lun.-Mar.-merco.-Ven. dalle 11.00 alle 13.00 –

- nel caso di **nefropatico celibe o nubile**, quello composto dal solo nefropatico, ancorché convivente con altri familiari
 - nel caso di **nefropatico minorenni celibe o nubile**, quello costituito dal nefropatico stesso e, se conviventi, dai genitori e dai fratelli che risultino a carico del capo famiglia in base alle norme vigenti; Che il reddito netto effettivo per l'anno _____ ammonta a € _____ così come esposto nella tabella:

N	Cognome e Nome	Nato/a il	Località	Parentela	Reddito anno
1					
2					
3					
4					

Nota : il **reddito netto effettivo** riferibile al nefropatico è quello dell'interessato stesso, del coniuge e dei figli minori conviventi, nel caso di **nefropatico coniugato**; del solo nefropatico, ancorché convivente con altri familiari, nel caso di **nefropatico celibe o nubile**; dell'interessato stesso, dei genitori e dei fratelli minori che risultino a carico del capo famiglia, nel caso di **nefropatico minorenni celibe o nubile**, derivante da:

- prestazioni di lavoro autonomo o dipendente
 - pensioni
 - partecipazioni ad utili societari
 - rendite immobiliari
- 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 seguente documentazione:

1. Certificato medico attestante lo status di nefropatico sottoposto a regolare trattamento dialitico e da cui risulti il centro ospedaliero dove si sottopone a emodialisi;
2. Copia documento d'identità in corso di validità e Codice Fiscale;

Dichiara, infine, di scegliere la seguente modalità di pagamento:

ACCREDITO su Conto Corrente _____ filiale di _____ codice IBAN _____ intestato o cointestato al sottoscritto richiedente;

RIMESSA DIRETTA con emissione di mandato in favore del sottoscritto richiedente;

IN FAVORE DI TERZA PERSONA appositamente delegata, con le modalità indicate nella Delega allegata.

_____ lì _____
 (luogo) (data)

IL DICHIARANTE

Servizio: SERVIZI SOCIALI E ALLA PERSONA Ufficio: SERVIZIO SOCIALE Sede: Via Municipio n 3- Gonnoscodina (OR)

Procedimento: PROVVIDENZE A FAVORE DEI NEFROPATICI AI SENSI DELLA LEGGE REGIONALE 8 MAGGIO 1985, N. 11 E SS.MM.II.

Responsabile del Procedimento: Rita Tetti Recapiti: Tel. 0783-92000 e-mail : E-mail ss.gonnoscodina@tiscali.it

Orari di apertura al pubblico: Lun.-Mar.-merco.-Ven. dalle 11.00 alle 13.00 –