



**Amministrazione destinataria**  
Comune di Santa Teresa Gallura

**Ufficio destinatario**  
Settore Servizi Socio Sanitari

## 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						
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
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 degli emofilici, talassemici e emolinfopatici maligni
- il rinnovo del rilascio dei contributi economici a favore degli emofilici, talassemici e emolinfopatici maligni

### Soggetto interessato

- per sé stesso
- per il seguente familiare o tutelato

### soggetto interessato

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, familiare, tutore legale, ecc.)											
<input type="text"/>											

**sotto forma di****Forma**

- assegno mensile
- rimborso spese di viaggio o di trasporto e di soggiorno

**pertanto allega certificazione attestante i trattamenti effettuati**

**pertanto allega documentazione attestante le spese di viaggio sostenute**

**CHIEDE INOLTRE**

che il versamento dei sussidi economici avvenga con la seguente modalità

- accredito su c/c postale o bancario

Codice IBAN

Cognome intestatario

Nome intestatario

- accredito su carta prepagata

Codice IBAN

Cognome intestatario

Nome intestatario

- rimessa diretta

*(solo per importi inferiori a 1.000,00 €)*

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  
*(da compilare in caso di richiesta di rimborso spese di viaggio o di trasporto e di soggiorno)*

Data del trattamento	Tipologia di trattamento	Struttura

**Mezzo utilizzato**

- autovettura privata

Proprietario

Targa

- mezzi pubblici

## DICHIARA INOLTRE

- 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	
					€
					€
					€
					€
					€
					€
<b>Anno di riferimento</b>				<b>Totale reddito annuo netto</b>	
					€

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

### il nucleo familiare è in possesso di attestazione ISEE

Importo		€	Data di rilascio		Data di scadenza	
---------	--	---	------------------	--	------------------	--

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)*

- certificazione diagnostica attestante la patologia
- certificazione attestante i trattamenti effettuati
- documentazione attestante le spese di viaggio sostenute
- 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.

Santa Teresa Gallura

Luogo

Data

il dichiarante