

**Al Sig. SINDACO
del Comune di Burcei**

Oggetto: Richiesta provvidenze economiche L.R. 9/2004 art. 1 lett. "f" comma 2 (Neoplasie Maligne)

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in Via _____ n° _____

Tel. _____

CHIEDE di poter beneficiare delle provvidenze economiche di cui L.R. 9/2004 art. 1 lett. "f" comma 2 e successive modificazioni ed integrazioni.

CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 75 del medesimo DPR 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici.

DICHIARA

- Di non percepire, per la stessa patologia, di altre provvidenze assistenziali relative a rimborsi per le spese viaggio e soggiorno e sussidi;
- Che il reddito netto percepito dal proprio nucleo familiare, composto da n° ____ persone, è stato nell'anno precedente di € _____
- 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 certificazione rilasciata dal presidio di Diagnosi e cura _____

Comunica il seguente codice IBAN _____
su cui far accreditare le erogazione delle provvidenze economiche.

Burcei _____

(firma)

CERTIFICAZIONE

(Rilasciata da Centri Ospedalieri o Universitari)

Si certifica che ____ Sig. ____

Nat_ _____ a _____ il _____

Residente a _____ in Via _____ n° _____

Risulta affetto/a da patologia prevista ai sensi della L.R. n° 9/2004 art. 1 lett. "f"

Accertata in data _____

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge

(timbro e firma)