



COMUNE DI LOIRI PORTO SAN PAOLO
PROVINCIA DI SASSARI ZONA OMOGENEA OLBIA – TEMPIO
VIA DANTE A. N. 28 - 07020 LOIRI PORTO SAN PAOLO (SS)

AREA SOCIO - CULTURALE

SERVIZIO SOCIALE - POLITICHE GIOVANILI - PUBBLICA ISTRUZIONE - CULTURA - SPORT - SPETTACOLO - TURISMO

SERVIZIO SOCIALE

Richiesta Provvidenze di cui alla LR. 09/04: provvidenze a favore persone affette da neoplasia maligna (nome beneficiario) _____

Il/la sottoscritt*:

Cognome Nome	
Luogo e data di nascita	
Codice fiscale	
Telefono	
Residente a Loiri Porto San Paolo via/loc	
E-mail	
Identificato a mezzo (di carta identità o patente) da allegare alla presente	
Rilasciata da	

in qualità di

- Destinatario/a della provvidenza
- figlio/figlia
- incaricato/a della tutela (tutore, amministratore di sostegno, curatore)
- titolare della responsabilità genitoriale
- altro _____ della persona beneficiaria della provvidenza/prestazione

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR 445/2000

CHIEDE

- Il **riconoscimento** delle prestazioni e/o provvidenze di cui alla Legge in oggetto
- Il **rinnovo** delle prestazioni e/o provvidenze di cui alla Legge in oggetto

A favore di

Cognome Nome	
Residente a Loiri Porto San Paolo in via	
Luogo e data di nascita	

SERVIZIO SOCIALE

Email per invio istanze

protocollo.loiriportosanpaolo@legalmail.it

per informazioni

Responsabile del Servizio Dott.ssa Antonella Malu email: a.malu@comune.loiriportosanpaolo.ss.it

0789 481115

Assistente sociale Simone Meletti - email: s.meletti@comune.loiriportosanpaolo.ss.it

0789 481126

Codice fiscale	
Telefono	
Medico di medicina Generale	
Identificato a mezzo (di carta identità o patente) da allegare alla presente	
Rilasciata da	

CHIEDE

che gli Eventuali contributi economici dovranno essere erogati a mezzo bonifico bancario sul conto corrente

- già comunicato negli anni passati e invariato
- intestato a: _____

IBAN

Paese	Cin Eur	Cin	ABI	CAB	Numero conto corrente

DICHIARA

- che la famiglia destinataria/beneficiaria della prestazione di cui all'oggetto è così composta:

	Cognome e Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Rapporto con il dichiarante
1				
2				
3				
4				

- Che il reddito netto del **proprio nucleo familiare** relativo all'anno _____ è pari a € _____.
- di aver preso visione dell'informativa privacy pubblicata sul sito web istituzionale [clicca qui](#).

N.B.

I DATI SU RICHIESTI SONO DA ESTRAPOLARSI DALLA CU O DALLA DICHIARAZIONE DEI REDDITI

Allega i seguenti documenti:

- Referto e/o certificazione diagnostica, rilasciati da centri ospedalieri o universitari autorizzati del sistema sanitario nazionale;
- Certificazione dei viaggi fatti fuori dal territorio di residenza per le varie terapie;
- Copia del documento di identità personale e del Codice Fiscale o tessera Sanitaria;

Data _____ **Firma** _____

Sottoscrizione istanza (barrare una delle due alternative):

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato

- in presenza del dipendente addetto
- sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio protocollo

SERVIZIO SOCIALE

Email per invio istanze

protocollo.loiriportosanpaolo@legalmail.it

per informazioni

Responsabile del Servizio Dott.ssa Antonella Malu email: a.malu@comune.loiriportosanpaolo.ss.it

0789 481115

Assistente sociale Simone Meletti - email: s.meletti@comune.loiriportosanpaolo.ss.it

0789 481126