



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. 12/11: provvidenze a favore persone a seguito del trapianto di fegato, cuore, pancreas. (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 della provvidenza/prestazione
- 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

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

- per se
- per

BENEFICIARIO

Cognome	
Nome	
Residente a Loiri Porto San Paolo in via	
Luogo e data di nascita	
Codice fiscale	
Telefono	
Medico di medicina Generale	
Identificato a mezzo (di carta identità o patente) da allegare alla presente	
Rilasciata da	

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 DAL CUD O DALLA DICHIARAZIONE DEI REDDITI.

Allega i seguenti documenti:

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

- a) certificato di nascita;
- b) certificato di residenza e stato di famiglia in data non anteriore a tre mesi da quello della domanda;
- c) certificato medico attestante lo status di nefropatico sottoposto a regolare trattamento dialitico, rilasciato ai sensi dell'articolo 3 della presente legge;
- d) certificato rilasciato dal competente ufficio distrettuale delle imposte dirette, attestante il reddito complessivo netto annuo del nucleo familiare sulla base dell'ultima denuncia presentata ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF), sia in caso di dichiarazione congiunta che in caso di dichiarazione separata; o la relativa dichiarazione sostitutiva resa sotto la personale responsabilità del richiedente nelle forme di legge e corredata dai modelli di reddito ufficiale; ovvero ogni altra documentazione attestante lo stato di bisogno rilasciata dagli organi competenti ai sensi di legge;
- e) dichiarazione sostitutiva, resa nelle forme di legge, da cui risulti per il richiedente l'insussistenza del diritto a rimborsi per lo stesso titolo da parte di enti previdenziali o assicurativi, o di altri enti anche sulla base di normative statali e regionali.

La documentazione di cui ai punti a), b), d), e) deve leggersi ai sensi delle disposizioni sulla autocertificazione di cui al D.P.R. N. 445 del 28 dicembre 2000.

Per il punto c) deve essere allegato il Certificato medico attestante lo status di trapiantato di fegato, cuore, pancreas, **in originale**, rilasciato da Presidio Pubblico.

Data _____ **Firma** _____

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