****

**Comune di Loiri Porto San Paolo**

**Provincia di Sassari Zona Omogenea di Olbia – Tempio**

**Via Dante Alighieri, 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 L. 27/1983: talassemici, degli emofilici e degli emolinfopatici maligni *(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

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**

**dati 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](https://www.comune.loiriportosanpaolo.ss.it/privacy).

**N.B.**

**I DATI SU RICHIESTI SONO DA ESTRAPOLARSI DAL CUD O DALLA DICHIARAZIONE DEI REDDITI.**

Allega i seguenti documenti:

* Referto ematologico e certificazione diagnostica, rilasciati da centri ospedalieri o universitari autorizzati;
* 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;
* Copia Codice IBAN.

**Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**