

**Amministrazione destinataria**

Comune di Ittiri

Ufficio destinatarioSettore Socio-Assistenziale, Culturale,
Scolastico e Sportivo

Domanda di accesso ai contributi economici a favore di soggetti affetti da neoplasia maligna, ai sensi della l.r. 9/2004 art.1 c. 1 lett.f

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno
				Scala	Piano
				☐	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata	

in qualità di**Ruolo**

- ☐ destinatario del beneficio
- ☐ titolare della responsabilità genitoriale
- ☐ amministratore di sostegno/tutela

Pertanto allega la copia del decreto di nomina in corso di validità

- ☐ familiare di riferimento
(in possesso di delega formale da parte del destinatario)

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno
				Scala	Piano
				☐	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata	

Pertanto allega copia dell'atto di delega e documenti di identità del destinatario del beneficio**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

di poter beneficiare delle provvidenze a favore di soggetti affetti da neoplasia maligna di cui L.R. 9/2004 art.1 comma.1 lett. f

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									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								☐	
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)									

CHIEDE INOLTRE

che il versamento delle provvidenze avvenga con la seguente modalità

- ☐ accredito su c/c postale o bancario intestato al beneficiario

Codice IBAN

Cognome intestatario

Nome intestatario

----------------------	----------------------

- ☐ accredito su carta prepagata intestato al beneficiario

Codice IBAN

Cognome intestatario

Nome intestatario

----------------------	----------------------

- ☐ rimessa diretta

(solo per importi inferiori a 1.0000,00 €)

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

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 rilasciata da un centro ospedaliero pubblico o universitario
- ☒ copia attestazione bancaria/postale contenente il codice iban
- ☐ 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.

Ittiri

Luogo

Data

il dichiarante