



Comune di
Sedilo

Provincia di Oristano

Area Servizi alla Persona
Ufficio Servizi Sociali

Al Responsabile del Servizio Sociale
Comune di Sedilo
Piazza San Giovanni snc
09076 · Sedilo (OR)

Oggetto: **L.R. n. 27/83 Provvidenze a favore dei talassemici, degli emofilici e degli emolinfopatici maligni**

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente a Sedilo in via _____
recapito telefonico _____
codice fiscale _____

CHIEDE

Di poter beneficiare per l'anno 201_ delle provvidenze previste dalla legge regionale in oggetto, impegnandosi a presentare le attestazioni rilasciate dalla ASL relativa agli accessi per l'espletamento delle cure necessarie per la patologia di che trattasi.

AUTOCERTIFICAZIONE

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali nei casi di false attestazioni e dichiarazioni mendaci previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, il sottoscritto

DICHIARA

- Di essere affetto da _____ (si allega certificato diagnostico);
- Di essere in cura presso il presidio ospedaliero di _____;
- Che il proprio nucleo familiare (dati conformi agli atti dell'anagrafe del Comunale) è così composto dalle persone indicate nell'attestazione ISEE;

- che il reddito netto del proprio nucleo familiare, per l'anno _____ è stato di € _____,___;
- di non beneficiare di rimborsi per lo stesso titolo, da parte di enti previdenziali o assicurativi o di altri enti anche sulla base di normative statali e regionali;
- Di acconsentire al trattamento dei dati personali, ai sensi della normativa vigente in materia

SI ALLEGANO ALLA PRESENTE:

- copia del documento di riconoscimento del richiedente **in corso di validità**
- copia dell'attestazione dell'ISEE Indicante il dato Socio-sanitario e Ordinario, in corso di validità, non DSU;
- certificato diagnostico attestante la patologia;
- copia della dichiarazione dei redditi del nucleo familiare.

Firma

Sedilo, li _____
