***Spett.le COMUNE DI GONNOSFANADIGA***

*Al Responsabile del Servizio Sociale Via Regina Elena n. 1*

*09035 GONNOSFANADIGA*

# Domanda di accesso ai contributi economici a favore di soggetti affetti da neoplasia maligna L.R. N. 9/2004, Art. 1, lettera f). – così come modificato dalla L.R. 1/2006, ART. 9, C. 9.

Il/La sottoscritto/a (cognome) (nome)

nato/a a , Prov. di il / / , residente a

Prov. di in via/piazza , n. Cod. Fiscale

Tel.

# CHIEDE

il rilascio di contributi economici a favore di soggetti affetti da neoplasia maligna sotto forma di rimborso spese di viaggio o di trasporto e di soggiorno (da barrare solo in caso di primo accesso alla misura);

il rinnovo del rilascio dei contributi economici a favore di soggetti affetti da neoplasia maligna sotto forma di rimborso spese di viaggio o di trasporto e di soggiorno

# SOGGETTO INTERESSATO:

per sé stesso

in favore di (cognome) (nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Prov. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_ / / ,

residente a in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_\_Cod. Fiscale \_\_\_\_\_\_ in qualità di:

□ Familiare

□ Amministratore di sostegno/Tutore

Telefono n. ,

A tal fine, ai sensi degli articoli 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,

# D I C H I A R A

1. Di non percepire, per la stessa patologia, altre provvidenze assistenziali relative a rimborsi per le spese di viaggio e soggiorno e sussidi.
2. Di aver raggiunto il presidio ospedaliero con la seguente modalità:



con mezzo privato

con i mezzi pubblici, sostenendo una spesa pari ad € .

1. che il proprio nucleo familiare, ovvero il nucleo familiare dell’interessato, è così composto:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| n° | Cognome e Nome | Luogo di nascita | Data di nascita | Parentela |
| 1 |  |  |  | *Richiedente* |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |

1. che il pagamento del contributo sia accreditato sul conto corrente intestato al sottoscritto o cointestato Codice IBAN:
2. di aver preso visione dell’allegata informativa sul trattamento dei dati “INFORMATIVA PRAIVACY” e di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all’articolo 13 del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa per cui presta il suo consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

# SI IMPEGNA

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

**A TAL FINE ALLEGA:**

* + Modello Certificazione diagnostica rilasciata dal Presidio di Diagnosi e cura (Da presentare solo in caso di primo accesso);
  + Documentazione attestante le visite mediche effettuate, con data e luogo, dove risulti la legge di riferimento della patologia per cui la visita è stata sostenuta;
  + Documentazione relativa ad altre visite riconducibili alla patologia prevista dalla normativa;
  + Copia documento riconoscimento in corso di validità;
  + Fotocopia del Codice IBAN;

*Si specifica che il codice IBAN non è quello di eventuali libretti postali, bancari, carte, sui quali non è possibile effettuare accreditamenti da parte del Comune ma è esclusivamente quello relativo a* ***conto corrente bancario o postale o carte con codice Iban e dev’essere intestato/cointestato al beneficiario.***

Gonnosfanadiga lì ………………………………………………

……………………………………………………………………….……………………………………

*Firma del richiedente*

*\* Per effetto della L. R. 5 Febbraio 2024 n. 1 sono stati aboliti i limiti di reddito per i rimborsi.*