

IL/L_ SOTTOSCRITT_ _____
NATO A _____ IL _____
RESIDENTE A SANT'ANTONIO DI GALLURA, VIA _____ N. _____
RECAPITO TELEFONICO _____
CODICE FISCALE _____

CHIEDE DI POTER BENEFICIARE DELLE

PROVVIDENZE ECONOMICHE A FAVORE DEI NEFROPATICI
LL.RR. 11/85 E 43/93

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, d'informazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

- Di non percepire per la stessa patologia, di altre provvidenze assistenziali relative a sussidi e rimborsi per le spese di viaggio e soggiorno;
- Che il proprio nucleo familiare, esclusi i maggiorenni non a carico, è formato da componenti n. _____
- Che il reddito del nucleo familiare, esclusi i maggiorenni non a carico e al netto delle tasse, per l'anno precedente è stato pari a: €. _____
- **DI DELEGARE ALLA RISCOSSIONE DEL BENEFICIO ECONOMICO LA SEGUENTE PERSONA (nel caso di difficoltà a riscuotere personalmente)**

COGNOME E NOME _____
NATO A _____ IL _____
CODICE FISCALE _____

- (PER L'ACCREDITO DEI BENEFICI SU CONTO CORRENTE) CODICE IBAN:

- **ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE IN FOTOCOPIA:** Sbarrare il quadratino interessato

- CERTIFICAZIONE SANITARIA RILASCIATA DAL PRESIDIO DI DIAGNOSI E CURA
- CERTIFICATO ISEE CON REDDITO ANNO PRECEDENTE
- DOCUMENTO IDENTITÀ.

Dichiara di essere informato , ai sensi e per gli effetti di cui all'art.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.

SANT'ANTONIO DI GALLURA, Li _____

Firma di autocertificazione

In caso di impedimento a firmare, sottoscrivere con segno - croce e farsi assistere da n. 2 testimoni che sottoscrivono e allegano il proprio documento di identità.

1° TESTE _____

2°TESTE _____