



- di autorizzare il Settore Socio-Culturale ad inviare eventuali comunicazioni tramite sms al seguente numero di cellulare \_\_\_\_\_ e tramite e-mail al seguente indirizzo di posta elettronica: \_\_\_\_\_

### CHIEDE

ai fini della  presentazione  rinnovo della domanda, di poter beneficiare di quanto disposto dalla Legge Regionale N. 27/1983 e n. 6/1992 e s.m.i. (Provvidenze a favore emofilici, talassemici e emolinfopatici maligni) sotto forma di:

- assegno mensile
- rimborso spese di viaggio o di trasporto e di soggiorno

**CHIEDE**, altresì che il pagamento delle somme spettanti sia effettuato nella seguente modalità:

- Accredito su C/C bancario o postale a me intestato Codice IBAN (no libretto postale)

\_\_\_\_\_

- Carta prepagata a me intestata Codice IBAN

\_\_\_\_\_

### ALLEGA

- a) Certificato diagnostico ed ematologico in cui sia specificatamente indicato che la patologia accertata rientri tra quelle indicate dalla L.R. 27/83, rilasciati da uno dei presidi pubblici di diagnosi e cura;
- b) Copia documento di identità in corso di validità del dichiarante;
- c) Dichiarazione dei redditi anno IN CORSO (riferita all'anno PRECEDENTE). Alternativamente Mod. 730 - Mod. UNICO, CU;

### SI IMPEGNA

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

Lo/a scrivente autorizza l'Ente all'utilizzo dei propri dati ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento Europeo UE 2016/679 vigente in materia della privacy e del controllo dei dati personali, nell'ambito di quanto necessario all'espletamento della pratica.

DATA E LUOGO \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE \_\_\_\_\_

## Istruzioni per la compilazione

La presente dichiarazione sostitutiva deve essere compilata e consegnata agli uffici territoriali competenti ogni volta che intervengano variazioni nella composizione del Nucleo familiare e/o nei Redditi dei diversi componenti.

**SI È COMUNQUE TENUTI, PENA LA SOSPENSIONE DELLE EROGAZIONI MENSILI, a compilare e consegnare il presente modulo almeno una volta entro il 30 giugno di ogni anno** agli uffici territoriali competenti.

**La richiesta di RIMBORSO SPESE VIAGGI deve essere presentata obbligatoriamente utilizzando l'apposito modulo non oltre la data del 30 novembre di ogni anno (al fine di consentire agli uffici l'istruttoria e la liquidazione entro l'anno corrente)**

### (1) Composizione Nucleo Familiare:

#### **I REDDITI COMPLESSIVI DEL NUCLEO FAMILIARE DEVONO INCLUDERE:**

- nel caso di *richiedente il beneficio* coniugato, la somma dei redditi dell'interessato e, se conviventi, del coniuge e dei figli fiscalmente a carico (\*);

- nel caso di *richiedente il beneficio* celibe o nubile, la somma dei redditi dell'interessato e, se conviventi, dei genitori e dei fratelli fiscalmente a carico (\*) del capo famiglia;

(\*) Sono considerati fiscalmente **A CARICO** i figli fino a 24 anni che non dispongono di un reddito proprio lordo superiore a Euro 4.000,00, ed i figli oltre i 24 anni che non dispongono di un reddito proprio lordo superiore a Euro 2.840,51.

### (2) Determinazione del reddito:

Il reddito da indicare per ogni componente è il **REDDITO NETTO ANNUO** che si determina partendo dal reddito complessivo dichiarato ai fini IRPEF al netto delle ritenute di legge.

Bisogna prendere in considerazione:

- a. Prestazioni di lavoro autonomo o dipendente;
- b. Compartecipazioni ad utili societari;
- c. pensioni;
- d. Rendite immobiliari.

**N.B.:** Non devono essere prese in considerazione ai fini del calcolo del reddito:

- a. le rendite assicurative INAIL,
- b. le pensioni d'invalidità civile,
- c. gli assegni di accompagnamento.

(3) Indicare l'anno di riferimento del Reddito.

(4) **N.B.: Non deve essere presentato alcun modello ISEE, poiché non utile ai fini del calcolo dei redditi richiesti dalla norma**

**COMUNE DI SANT'ANTONIO DI GALLURA**  
**P.zza M. Ruzittu n. 1- 07030 Sant'Antonio di Gallura**



*Settore Servizi Socio-Culturali- Pubblica Istruzione Cultura e Spettacolo*

Codice Fiscale 91027260909

Telefono 079/669013

PEC protocollo.santantoniodigallura@pec.comunas.it

Partita IVA 01336410905

Sito Web www.comunedisantantoniodigallura.it

**Richiesta rimborso spese di viaggio e soggiorno a favore di soggetti di EMOFILICI, TALASSEMICI E EMOLINFOPATICI MALIGNI, ai sensi delle LL.RR. n. 27/1983 e n. 6/1992**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ indirizzo mail \_\_\_\_\_

In nome e per conto di *(indicare se diverso dal richiedente i dati del soggetto Beneficiario)*

**in qualità di Legale Rappresentante del seguente:**  minore  interdetto  inabilitato **di:**

*(nome e cognome)*

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il rimborso delle spese di viaggio e di soggiorno previste dalle Leggi Regionali n. 27/1983 E N. 6/1992

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,

**DICHIARA**

Di essersi recato per effettuare gli specifici trattamenti nelle giornate e presso le strutture di seguito riportate, utilizzando:

- l'autovettura di proprietà del Sig.(\*) \_\_\_\_\_
- targa: \_\_\_\_\_
- mezzi pubblici \_\_\_\_\_



