

**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.santantoniogallura@pec.comunas.it  
Partita IVA 01336410905      Sito Web [www.comunedisantantoniogallura.it](http://www.comunedisantantoniogallura.it)

**Richiesta provvidenze a favore di soggetti affetti da NEOPLASIA MALIGNA ai sensi delle LL.RR. n. 6/2004 art. 14 comma 13 e n. 9/2004 art. 1 lett. f).**

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 \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 quanto segue:

- 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 e regionali;
- Che il proprio nucleo familiare (1) e relativi redditi sono composti come da tabella seguente:

Cognome e Nome	Data di nascita	Stato civile	Relazione parentela	Reddito netto ANNUO (2)
Anno di riferimento (_____) <sup>(3)</sup>				Totale reddito NETTO ANNUO

- 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 dalle LL.RR. n°6/2004 art.14 comma 13 e n° 9/2004 ar. 1) lett.f) - (Provvidenze a favore di soggetti affetti da neoplasia maligna) sotto forma di:

- rimborso spese** di viaggio o di trasporto e di soggiorno (compilare il Modulo *Rimborso spese*)

**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) Certificazione diagnostica attestante la patologia;
- 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 \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

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 solamente modello ISEE, poiché non utile ai fini del calcolo dei redditi richiesto 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.santantoniogallura@pec.comunas.it  
Partita IVA 01336410905      Sito Web [www.comunedisantantoniogallura.it](http://www.comunedisantantoniogallura.it)

**Richiesta rimborso spese di viaggio e soggiorno a favore di soggetti affetti da NEOPLASIA MALIGNA ai sensi delle LL.RR. n°6/2004 art.14 comma 13 e n° 9/2004 art. 1) lett.f).**

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 LL.RR. n°6/2004 art.14 comma 13 e n° 9/2004 art. 1) lett.f)

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

