

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 910272609 Telefono 079/669013 PEC protocollo.santantoniodigallura@pec.comunas.it
Partita IVA 01336410905 Sito Web www.comunedisantantoniodigallura.it

Richiesta provvidenze a favore dei trapiantati di fegato, cuore, pancreas - L.R. n. 12 del 30.06.2011, art. 18, comma 3

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 _____

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

DATA E TIPO TRAPIANTO: _____

DICHIARA

- 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 quelli riportati nella tabella seguente:

Cognome e Nome	Data di nascita	Stato civile	Relazione parentela	Reddito netto ANNUO (2)
Anno di riferimento (_____) (3)				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 dalla Legge Regionale N. 12 DEL 30.06.2011 e ss.mm.ii. (Provvidenze a favore dei trapiantati di fegato, cuore, pancreas) sotto forma di:

- assegno mensile
- rimborso spese di viaggio o di trasporto e di soggiorno (compilare il Modulo *Rimborso spese*)
- contributi in caso di trapianto

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

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

-
- Carta prepagata a me intestata **IBAN**:
-

ALLEGA

- a) Certificato medico attestante lo status patologico;
- 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 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

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 solamente il 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 910272609

Telefono 079/669013

PEC protocollo.santantoniogallura@pec.comunas.it

Partita IVA 01336410905

Sito Web www.comunedisantantoniogallura.it

Richiesta rimborso spese di viaggio e soggiorno a favore dei TRAPIANTATI DI FEGATO, CUORE, PANCREAS - L.R. n. 12 del 30.06.2011, art. 18, comma 3

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

(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. 12 DEL 30.06.2011

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 _____

