

Class. 2.1.3

Al
Comune di Tempio Pausania
Settore dei Servizi alla Persona ed
alle Imprese
Servizio Sociale
Piazza Gallura 3
07029 TEMPIO PAUSANIA

Oggetto: Richiesta provvidenze economiche L.R. 03/12/2004, n. 9 art. 1.

Il/La sottoscritto/a

nato/a il

residente in via

n. tel. cell.

email C.F.

CHIEDE DI POTER BENEFICIARE DELLE PROVVIDENZE PREVISTE DALLA LEGGE REGIONALE 9/2004.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, d'informazione o d'uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000,

DICHIARA

- ✓ di non percepire, per la stessa patologia, altre provvidenze assistenziali relative a rimborsi per le spese di viaggio e sussidi.
- ✓ si allega certificazione rilasciata dal Presidio di Diagnosi e cura.
- ✓ Di acconsentire al trattamento dei dati personali e di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma

N.B. Il dichiarante può apporre la propria firma davanti al funzionario incaricato di ricevere la documentazione, oppure presentare il modulo già firmato, con allegata la fotocopia del documento di identità.

CERTIFICAZIONE
(Rilasciata da centri Ospedalieri o Universitari)

Si certifica che il/la Sig.

nato/a il

residente in via

risulta affetto da patologia prevista ai sensi della L.R. 03/12/2004, n. 9, art. 1 accertata in data

Si rilascia per gli usi consentiti dalla Legge.

_____ *li* _____

IL DIRIGENTE MEDICO
