

**Oggetto: Richiesta provvidenze economiche L.R.9/2004**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

**Chiede di poter beneficiare delle provvidenze economiche previste  
dalla L.R. 9/2004**

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. 445 del 28 dicembre 2000;

**DICHIARA**

- di non percepire, per la stessa patologia, altre provvidenze assistenziali relative a rimborsi per le spese di viaggio e soggiorno e sussidi;
- che il reddito netto percepito dal proprio nucleo familiare, composto da n.\_\_\_\_ persone è di complessivi € \_\_\_\_\_ per l'anno \_\_\_\_\_;

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.

Si allega certificazione rilasciata dal presidio di diagnosi e cura \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Castelsardo, lì \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

-----