

**Al Signor Sindaco del
Comune di Castelsardo**

**Oggetto: Richiesta provvidenze economiche L.R. 27 del 25 novembre 1983
TALASSEMICI – EMOFILICI - EMOLINFOPATICI**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ residente a _____
Prov. _____ in Via _____
C.F. _____ recapito telefonico _____
indirizzo mail _____

**Chiede di poter beneficiare delle provvidenze economiche previste
dalla L.R. 27/1983**

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 in originale rilasciata dal presidio di diagnosi e cura _____
- Copia del modello 730 in corso di validità o dichiarazione reddituale di tutti i componenti, ovvero dichiarazione sostitutiva dei componenti che non posseggono alcuna documentazione reddituale
- Copia Documento di Identità in corso di validità di tutti i dichiaranti

- altro _____

Castelsardo, li _____

IL DICHIARANTE
