



Al Servizio Sociale del Comune di Gonnosnò

OGGETTO: Richiesta riconoscimento diritto alle provvidenze ai sensi della L.R. 9/2004 art. 1) lett. f) comma 2. II/

La sottoscritto/a (cognome)\_\_\_\_\_ (nome)\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_ in via/piazza

\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

Tel/Cell., \_\_\_\_\_

Chiede

di poter beneficiare delle provvidenze economiche previste dalla L.R. 9/2004. A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione 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, di 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_ (luogo) (data) IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_