

Oggetto: Richiesta provvidenze economiche a favore dei nefropatici (dialisi e trapianto) ai sensi della Legge Regionale n° 11/85 e successive modificazioni

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov.(_____)
il _____ residente a _____ in Via _____ n° _____
tel./cell. _____ C.F. _____

☐ Per sé medesimo

☐ In qualità di _____ del Signor/Signora _____ nato/a a _____
(_____) il _____ residente a Gonnosnò in Via _____
n° _____ C.F. _____ Telefono _____

CHIEDE

di poter beneficiare delle provvidenze economiche previste dalla L. R. n° 11/1985.

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, di altre provvidenze assistenziali relative a rimborsi delle spese di viaggio e di soggiorno e sussidi;

➤ che il reddito netto percepito dal proprio nucleo familiare composto da n° _____ persone è di complessivi € _____ relativi all'anno **2024**;

➤ che il proprio nucleo familiare è composto da:

- | | | |
|----|----------------------|----------|
| 1) | _____ nato/a a _____ | il _____ |
| 2) | _____ nato/a a _____ | il _____ |
| 3) | _____ nato/a a _____ | il _____ |
| 4) | _____ nato/a a _____ | il _____ |
| 5) | _____ nato/a a _____ | il _____ |
| 6) | _____ nato/a a _____ | il _____ |

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.

Gonnosnò, _____

Il Richiedente

Documentazione da allegare alla presente domanda:

- copia di un **documento di identità** in corso di validità e **codice fiscale**;
- **certificazione** rilasciata da un Ente Ospedaliero o universitario, attestante la data di riconoscimento della nefropatia;
- certificazione attestante i viaggi effettuati presso le strutture ospedaliere per effettuare la terapia;
- Codice IBAN.