

**Oggetto: Richiesta provvidenze economiche a favore di talassemici, emofilici ed emolinfopatici maligni ai sensi della Legge Regionale n° 27/83 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° 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, 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 malattia;
- certificazione attestante i viaggi effettuati presso le strutture ospedaliere per effettuare la terapia;
- Codice IBAN.