



COMUNE DI ONIFERI

PROVINCIA DI NUORO

Piazza del Popolo 4 - 08020 ONIFERI

☎ 0784-70051/70284/709002 ☒ 0784-70204

✉ serviziociali@comune.oniferi.nu.it - uffsociale@pec.comuneoniferi.nu.it

C.F. 80005410917 - P.IVA 00844880914

AL COMUNE DI ONIFERI

Piazza del Popolo, 4

08020 ONIFERI

OGGETTO : RICHIESTA PROVVIDENZE AI SENSI DELLA L.R. n. 27/1983.

__l__ Sottoscritt _____ nat__ a
_____ il _____ residente a ONIFERI
in Via _____ n. _____ Codice Fiscale
_____ Telefono n. _____ cell. _____ Email

CHIEDE

- per se stesso;

- per _____

(in qualità Genitore/figlio/familiare/tutore/amministratore di sostegno del beneficiario) nat__ a

_____ il _____ residente a ONIFERI in via

_____ n. _____ Codice Fiscale

_____ di poter beneficiare delle provvidenze

previste dalla Legge Regionale n. 27 del 25 novembre 1983. A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, di non aver diritto per lo stesso titolo, e comunque di non usufruirne, a rimborsi delle spese di viaggio e di soggiorno da parte di enti previdenziali ed assicurativi.

Allo stesso fine allega, inoltre, i seguenti documenti:

1) Certificazione medica, in originale, rilasciata da uno dei presidi pubblici di diagnosi e cura di cui all'art. 1 della L.R. n. 27 del 25 novembre 1983;

2) Dichiarazione sostitutiva, resa sotto la personale responsabilità, ai sensi di legge, attestante il reddito familiare annuo, al netto delle ritenute di legge, sulla base dell'ultima denuncia presentata.

Si impegna inoltre ad aggiornare, entro il 1° Luglio di ogni anno, la propria situazione reddituale presentando la dichiarazione prevista al punto 2).

Data _____

FIRMA



COMUNE DI ONIFERI

PROVINCIA DI NUORO

Piazza del Popolo 4 - 08020 ONIFERI

☎ 0784-70051/70284/709002 ☒ 0784-70204

✉ serviziociali@comune.oniferi.nu.it - uffsociale@pec.comuneoniferi.nu.it

C.F. 80005410917 - P.IVA 00844880914

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000

(DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI PROVVIDENZE DI CUI ALLA L.R. N. 27/1983)

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente in ONIFERI
- via _____ n. _____

Consapevole delle pene previste dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale, per dichiarazioni mendaci e false attestazioni,

DICHIARA

· che il proprio nucleo familiare, composto da n. _____ persone, nell'anno _____, ai sensi dell'art. 3 c. 2 della L.R. n. 27 del 25/11/1983, ha percepito un reddito netto complessivo di € _____.

· che il nucleo familiare di _____, nato a _____ il _____, residente in ONIFERI, via _____ n. _____, composto da n. _____ persone, nell'anno _____, ai sensi dell'art. 3 c. 2 della L.R. n. 27 del 25/11/1983, ha percepito un reddito netto complessivo di € _____.

ONIFERI, _____

IL DICHIARANTE

ALLEGATI:

- copia fotostatica di documento di identità in corso di validità.

N.B.

1. Per **nucleo familiare** ai sensi dell'Art. 3 c. 2 - della L. R. n. 27 del 25/11/1983, deve intendersi:
o Nel caso di talassemico, emofiliaco o emolinfopatico coniugato, quello costituito dall'interessato stesso e, se conviventi, dal coniuge e figli minori;
o Nel caso di talassemico, emofiliaco o emolinfopatico non coniugato, quello costituito dall'interessato stesso e, se conviventi, dai genitori e fratelli minori.

1. Il reddito netto effettivo riferibile al talassemico o all'emofiliaco o all'emolinfopatico, è quello derivante da prestazioni di lavoro autonomo o dipendente, da partecipazioni ad utili societari, da pensioni o da rendite immobiliari di tutti i componenti il nucleo familiare.



COMUNE DI ONIFERI

PROVINCIA DI NUORO

Piazza del Popolo 4 - 08020 ONIFERI

☎ 0784-70051/70284/709002 ☒ 0784-70204

✉ serviziociali@comune.oniferi.nu.it - uffsociale@pec.comuneoniferi.nu.it

C.F. 80005410917 - P.IVA 00844880914

AL COMUNE DI ONIFERI

Piazza del Popolo

08020 ONIFERI

OGGETTO : Richiesta rimborso viaggi:

L.R. n. 27/1983 – Talassemia, emofilia, emolinfopatia

L.R. n. 11/85 – Nefropatia

L.R. n. 9/2004 – Neoplasie maligne

L.R. n. 12/2011 – Trapianti di cuore, fegato, pancreas.

Il Sottoscritt _____ nat _____ a

_____ il _____ residente a ONIFERI

in Via _____ n. _____ Codice Fiscale _____

_____ Telefono n. _____ cell. _____ Email _____

CHIEDE

- per se stesso;

- per _____

(in qualità Genitore/figlio/familiare/tutore/amministratore di sostegno del beneficiario) nat _____ a

_____ il _____ residente a ONIFERI in via

_____ n. _____ Codice Fiscale _____

_____ il rimborso di n. _____ viaggi relativi al

mese _____ dell'anno _____. A tal fine, consapevole delle sanzioni penali nel caso

di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R.

445/200,

DICHIARA

1. che per i viaggi di cui è richiesto il rimborso è stato utilizzato il seguente mezzo:

o Mezzo pubblico Costo del biglietto € _____

o Mezzo privato Targa _____

Proprietario _____;

2. che le informazioni riportate e le certificazioni presentate sono veritiere;

3. che i viaggi dei quali viene richiesto il rimborso sono connessi alla propria specifica patologia.

Allega alla presente, in originale, la certificazione medica attestante l'effettuazione delle terapie e degli esami connessi alla propria patologia, debitamente timbrata e firmata, o dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa ai trattamenti effettuati.

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003, dichiara di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

ONIFERI, _____

F I R M A
