

OGGETTO : RICHIESTA PROVVIDENZE AI SENSI DELLA L.R. N. 9/2004.

__I__ 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. 9 del 3 dicembre 2004.

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 la certificazione medica, in originale, rilasciata da un centro ospedaliero o universitario o da altra struttura sanitaria pubblica, attestante l'esistenza di patologia prevista dalla L.R. n. 9/2004 art. 1 lett. f.

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.

Data _____

F I R M A
