

**Amministrazione destinataria**

Regione Sardegna

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

Domanda di accesso ai contributi economici a favore dei trapiantati di fegato, cuore e pancreas

Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata						

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

- il rilascio di contributi economici a favore dei trapiantati di fegato, cuore e pancreas sotto forma di rimborso spese di viaggio o di trasporto e di soggiorno
- il rinnovo del rilascio dei contributi economici a favore dei trapiantati di fegato, cuore e pancreas sotto forma di rimborso spese di viaggio o di trasporto e di soggiorno

Soggetto interessato

- per sé stesso
- per il seguente familiare o tutelato

soggetto interessato

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)											

CHIEDE INOLTRE

che il versamento dei sussidi economici avvenga con la seguente modalità

accredito su c/c postale o bancario

Codice IBAN

Cognome intestatario

Nome intestatario

accredito su carta prepagata

Codice IBAN

Cognome intestatario

Nome intestatario

rimessa diretta

(solo per importi inferiori a 1.000,00 €)

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

di essersi recato per effettuare gli specifici trattamenti nelle giornate e nelle strutture seguenti

Data del trattamento	Tipologia di trattamento	Struttura
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Mezzo utilizzato

autovettura privata

Proprietario

Targa

mezzi pubblici

DICHIARA INOLTRE

di essere stato sottoposto a trapianto

Data dell'operazione

Struttura

di non aver diritto a rimborsi o a sussidi per lo stesso titolo da parte di enti previdenziali o assicurativi, o di altri enti anche sulla base di normative statali e regionali

che il proprio nucleo familiare e i relativi redditi sono quelli riportati nella tabella seguente

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela	Reddito annuo netto
				€
				€
				€
				€
				€
Anno di riferimento				Totale reddito annuo netto
				€

di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente e di assumere tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione

il nucleo familiare è in possesso di attestazione ISEE

Importo	Data di rilascio	Data di scadenza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
€		

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- certificato medico attestante lo status di trapiantato di fegato, cuore o pancreas rilasciato da presidio pubblico
- documentazione attestante le spese di viaggio sostenute
- certificazione medica rilasciata da centri ospedalieri o universitari
- documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Luogo

Data

il dichiarante