

**Amministrazione destinataria**

Regione Sardegna

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

Domanda di accesso ai contributi economici a favore di emofilici, talassemici ed emolinfopatici maligni

Ai sensi della Legge Regionale 27/07/1983, n. 27

Il sottoscritto

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

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 degli emofilici, talassemici e emolinfopatici maligni
- ☐ il rinnovo del rilascio dei contributi economici a favore degli emofilici, talassemici e emolinfopatici maligni

Soggetto interessato

- ☐ per sé stesso
- ☐ per il seguente familiare o tutelato

soggetto interessato

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

sotto forma di**Forma**

- ☐ assegno mensile
- ☐ rimborso spese di viaggio o di trasporto e di soggiorno
pertanto allega certificazione attestante i trattamenti effettuati
pertanto allega documentazione attestante le spese di viaggio sostenute

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
(da compilare in caso di richiesta di rimborso spese di viaggio o di trasporto e di soggiorno)

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"/>

Mezzo utilizzato

- ☐ autovettura privata

Proprietario**Targa**

- ☐ mezzi pubblici

☐ eventuale accompagnatore

Cognome	Nome	Codice Fiscale

DICHIARA INOLTRE

- ☒ di sottoporsi, con la regolarità che la propria affezione richiede, alle prestazioni sanitarie specifiche, in Comuni diversi da quello di residenza
- ☒ di non aver diritto a rimborsi o sussidi per lo stesso titolo da parte di enti previdenziali o assicurativi, o di altri enti anche sulla base di normative statali 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 netto effettivo
				€
				€
				€
				€
				€
Anno di riferimento				Totale reddito netto effettivo
				€

☒ 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
€		

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)

- ☒ certificazione diagnostica attestante la patologia
- ☒ certificazione attestante i trattamenti effettuati
- ☒ documentazione attestante le spese di viaggio sostenute

☐ 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.

Luogo

Data

il dichiarante