



Amministrazione destinataria

Comune di Alghero

Ufficio destinatario

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

### Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
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

- di presentare domanda per il rilascio/rinnovo di contributi economici a favore degli emofilici, talassemici ed emolinfopatici maligni : domanda d'accesso, assegno mensile, rimborso spese di viaggio e soggiorno
- di presentare la richiesta di rimborso spese viaggio, soggiorno e/o trapianto

### Soggetto interessato

- per sè stesso
- per il seguente familiare o tutelato

Cognome		Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP

### in qualità di (\*)

Ruolo

In qualità di (\*):

amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale



**Mezzo utilizzato**

autovettura privata

Proprietario

Targa

mezzi pubblici

**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
- dichiara che il proprio nucleo familiare e i relativi redditi, ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, N. 445 Articolo 46 comma 1 lettera b, sono quelli riportati nella tabella seguente

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela(**)	Reddito annuo netto	
					€
					€
					€
					€
					€
<b>Anno di riferimento</b>				<b>Totale reddito annuo netto</b>	
					€

- di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente e di assumere tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione
- di essere conscio che ai fini della presentazione della domanda non verrà preso in considerazione il certificato isee

**Eventuali annotazioni**

### 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.

Alghero

Luogo

Data

Il dichiarante