



Amministrazione destinataria

Comune di Alghero

Ufficio destinatario

Punto Accesso Servizi Sociali (PASS)

Domanda per la richiesta di provvidenza a favore dei nefropatici

Ai sensi delle Leggi Regionali 11/1985 e 43/1993

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 | Scala | Piano | SNC | CAP |
| <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="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 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

- di presentare domanda per il rilascio o rinnovo di contributi economici a favore dei nefropatici: domanda d'accesso, assegno mensile, rimborso spese di viaggio, trasporto e soggiorno
- di presentare la richiesta di rimborso spese viaggio, soggiorno e/o nefropatici

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 | Scala | Piano | SNC | CAP |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.) | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | | | | |

Mezzo utilizzato

autovettura privata

Proprietario

Targa

mezzi pubblici

DICHIARA INOLTRE

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

di essere un soggetto trapiantato

Anno di inizio trattamento/anno trapianto

di essere in trattamento dialitico

Luogo del trattamento

centro o struttura di dialisi

Nome centro o struttura

dialisi domiciliare di tipo

peritoneale

emodialisi

sulla base di normative statali regionali 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

| Cognome | Nome | Data di nascita | Grado di parentela | Reddito annuo netto | |
|----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------------|---|
| <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"/> | € |
| Anno di riferimento | | | | Totale reddito annuo netto | |
| <input type="text"/> | | | | <input type="text"/> | € |

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 (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 nefropatico sottoposto a regolare trattamento dialitico
- certificazione attestante i trattamenti effettuati
- documentazione attestante le spese di viaggio sostenute
- certificazione del presidio di dialisi
- 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