

**Comune di Loiri Porto San Paolo**

**PROVINCIA DI SASSARI ZONA OMOGENEA OLBIA – TEMPIO**

**Via Dante A. n. 28 - 07020 Loiri Porto San Paolo (SS)**

***Area Socio - Culturale***

**Servizio Sociale - Politiche Giovanili - Pubblica Istruzione - Cultura - Sport - Spettacolo - Turismo**

**SERVIZIO SOCIALE**

**Richiesta Provvidenze di cui alla LR. 12/11: provvidenze a favore persone a seguito del trapianto di fegato, cuore, pancreas. *(nome beneficiario)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Il/la sottoscritt\*:

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome** |  |
| **Nome** |  |
| **Luogo e data di nascita** |  |
| **Codice fiscale** |  |
| **Telefono** |  |
| **Residente a Loiri Porto San Paolo via/loc** |  |
| **E-mail** |  |
| **Identificato a mezzo**  **(di carta identità o patente) da allegare alla presente** |  |
| **Rilasciata da** |  |

**in qualità di**

* destinatario della provvidenza/prestazione
* figlio/figlia
* incaricato/a della tutela (tutore, amministratore di sostegno, curatore)
* titolare della responsabilità genitoriale
* altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della persona beneficiaria della provvidenza/prestazione

A tal fine, ai sensi dell’art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR 445/2000

**CHIEDE**

* Il **riconoscimento** delle prestazioni e/o provvidenze di cui alla Legge in oggetto
* Il **rinnovo** delle prestazioni e/o provvidenze di cui alla Legge in oggetto
* **per se**
* **per**

**BENEFICIARIO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome** |  |
| **Nome** |  |
| **Residente a Loiri Porto San Paolo in via** |  |
| **Luogo e data di nascita** |  |
| **Codice fiscale** |  |
| **Telefono** |  |
| **Medico di medicina Generale** |  |
| **Identificato a mezzo**  **(di carta identità o patente) da allegare alla presente** |  |
| **Rilasciata da** |  |

che gli Eventuali contributi economici dovranno essere erogati a mezzo bonifico bancario sul conto corrente

* già comunicato negli anni passati e invariato
* intestato a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Paese** | **Cin Eur** | **Cin** | **ABI** | **CAB** | **Numero conto corrente** |
|  |  |  |  |  |  |

**DICHIARA**

* che la famiglia destinataria/beneficiaria della prestazione di cui all’oggetto è così composta:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Cognome e Nome** | **Data di nascita** | **Luogo di nascita** | **Rapporto con il dichiarante** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |

* Che il reddito netto del **proprio nucleo familiare** relativo all’anno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_è pari a €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
* di aver preso visione dell’informativa privacy pubblicata sul sito web istituzionale [clicca qui](https://www.comune.loiriportosanpaolo.ss.it/privacy).

**N.B.**

**I DATI SU RICHIESTI SONO DA ESTRAPOLARSI DAL CUD O DALLA DICHIARAZIONE DEI REDDITI.**

Allega i seguenti documenti:

a) certificato di nascita;

b) certificato di residenza e stato di famiglia in data non anteriore a tre mesi da quello della domanda;

c) certificato medico attestante lo status di nefropatico sottoposto a regolare trattamento dialitico, rilasciato ai sensi dell’articolo 3 della presente legge;

d) certificato rilasciato dal competente ufficio distrettuale delle imposte dirette, attestante il reddito complessivo netto annuo del nucleo familiare sulla base dell’ultima denuncia presentata ai fini dell’imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF), sia in caso di dichiarazione congiunta che in caso di dichiarazione separata; o la relativa dichiarazione sostitutiva resa sotto la personale responsabilità del richiedente nelle forme di legge e corredata dai modelli di reddito ufficiale; ovvero ogni altra documentazione attestante lo stato di bisogno rilasciata dagli organi competenti ai sensi di legge;

e) dichiarazione sostitutiva, resa nelle forme di legge, da cui risulti per il richiedente l’insussistenza del diritto a rimborsi per lo stesso titolo da parte di enti previdenziali o assicurativi, o di altri enti anche sulla base di normative statali e regionali.

La documentazione di cui ai punti a), b), d), e) deve leggersi ai sensi delle disposizioni sulla autocertificazione di cui al D.P.R. N. 445 del 28 dicembre 2000.

Per il punto c) deve essere allegato il Certificato medico attestante lo status di trapiantato di fegato, cuore, pancreas, **in originale**, rilasciato da Presidio Pubblico.

**Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**