



COMUNE DI LOIRI PORTO SAN PAOLO
PROVINCIA DI SASSARI ZONA OMOGENEA DI OLBIA – TEMPIO
VIA DANTE ALIGHIERI, 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 L. 27/1983: talassemici, degli emofilici e degli emolinfopatici maligni (*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

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

A favore di

SERVIZIO SOCIALE

Email per invio istanze

protocollo.loiriportosanpaolo@legalmail.it

per informazioni

e_Mail: malu.antonella@comune.loiriportosanpaolo.ot.it 0789 481115

e_Mail: meletti.simone@comune.loiriportosanpaolo.ot.it 0789 481126

dati 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](#).

N.B.
I DATI SU RICHIESTI SONO DA ESTRAPOLARSI DAL CUD O DALLA DICHIARAZIONE DEI REDDITI.
 Allega i seguenti documenti:

- Referto ematologico e certificazione diagnostica, rilasciati da centri ospedalieri o universitari autorizzati;
- Certificazione dei viaggi fatti fuori dal territorio di residenza per le varie terapie;
- Copia del documento di identità personale e del Codice Fiscale o tessera Sanitaria;
- Copia Codice IBAN.

Data _____ **Firma** _____

SERVIZIO SOCIALE

Email per invio istanze

protocollo.loiriportosanpaolo@legalmail.it

per informazioni

e_Mail: malu.antonella@comune.loiriportosanpaolo.ot.it 0789 481115
 e_Mail: meletti.simone@comune.loiriportosanpaolo.ot.it 0789 481126

SERVIZIO SOCIALE

Email per invio istanze

protocollo.loiriportosanpaolo@legalmail.it

per informazioni

e_Mail: malu.antonella@comune.loiriportosanpaolo.ot.it 0789 481115

e_Mail: meletti.simone@comune.loiriportosanpaolo.ot.it 0789 481126