

Spett.le Comune di Nuragus (CA)
Ufficio servizi sociali

Oggetto: L.R. 27/83 e successive modifiche ed integrazioni. Richiesta nuovo riconoscimento.

__l__ sottoscritt__ _____ nat _ a _____ prov. (_____)
il _____ residente in Nuragus - Via _____ n° _____ tel.

CHIEDE

(barrare la voce che interessa)

Di poter beneficiare delle provvidenze previste dalla L.R. 27/83, relativamente a quelle spettanti alla certificazione allegata.

A tal fine **ALLEGA**:

Referto ematologico corredato da relativa certificazione diagnostica, entrambi in originale, rilasciati da uno dei presidi pubblici di diagnosi e cura di cui all'art. 1 della L.R. n. 27 del 25.11.1983.

Fotocopia della carta di identità del richiedente.

Fotocopia del codice fiscale del richiedente e/o di chi ne fa le veci.

Dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante:

- la patologia di cui si è affetti,
- la data e il luogo di nascita;
- la residenza,
- la composizione del nucleo familiare,
- il reddito netto effettivo annuo percepito dal nucleo familiare di appartenenza relativamente all'ultima dichiarazione dei redditi, ai sensi dell'art. 3 – comma II della L.R. n. 27 del 25.11.1983,
- di non aver diritto, per lo stesso titolo e comunque di non usufruire di rimborsi delle spese di viaggio e di soggiorno da parte di enti previdenziali e assicurativi.

Certificazione sanitaria, attestante il numero dei viaggi effettuati, relativa al periodo indicato in oggetto.

DICHIARA

Di essere a conoscenza che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003.

Li, _____

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(D.P.R. 28.12.2000 n°445, art.47)

Il sottoscritto _____ nato a _____
(prov. _____) il _____ residente in _____ (prov. _____),
via _____, n° _____

consapevole:

- delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci,
- che nelle ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci si applicano le sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. n° 445 28.12.2000.
- del fatto che, in caso di presentazione di documenti falsi o non più rispondenti alla realtà, decadrebbe immediatamente dall'eventuale beneficio acquisito,

DICHIARA

1. di essere affetto da _____
2. di essere nato a _____ (prov. _____) il _____
3. di essere residente in Nuragus Via _____, n° _____
4. che il proprio nucleo familiare risulta composto come di seguito indicato:

cognome e nome	nato a	il	rapporto di parentela
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____

5. che ai sensi dell'art. 3 - comma 2° della L.R. n. 27 del 25.11.1983 e s.m.i., il reddito netto effettivo percepito nell'anno **2013** dal nucleo familiare di appartenenza ammonta a complessivamente a € _____ (indicare la cifra in lettere Euro _____)

6. di impegnarsi a presentare la dichiarazione di cui al precedente punto 5 entro il 10 gennaio di ciascun anno.

7. di non aver diritto, per lo stesso titolo e comunque di non usufruire di rimborsi delle spese di viaggio e di soggiorno da parte di enti previdenziali e assicurativi.

8. di essere a conoscenza che ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n° 196 del 30.06.2003 i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Allega la fotocopia di un proprio documento di identità personale.

Nuragus, _____

IL DICHIARANTE _____

U.S.L. _____ Servizio di _____

referto ematologico

Si attesta che __l__ Sig. _____ nat__ a
_____ il _____ residente a
risulta affett__ da _____ considerata nella Legge
Regionale della Regione Autonoma Sardegna n° 27 del 25/11/1983..

La malattia è stata diagnosticata in data _____ come da
Certificazione diagnostica a parte.

Il trattamento è stato iniziato in data _____ ed è:

- tuttora in corso, per cui __l__ paziente deve periodicamente presentarsi per la effettuazione delle terapie o esami connessi allo specifico status morbosus
- ed è stato interrotto in data _____ peraltro __l__ paziente, data la possibilità di ricadute e di conseguenze della malattia e della terapia praticata, deve periodicamente presentarsi per visita medica ed esami.

_____, li _____

IL DIRETTORE SANITARIO

IL MEDICO DEL REPARTO

CERTIFICAZIONE DIAGNOSTICA

Si certifica che ___l___ Sig. _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in Via _____
risulta affetto/a da _____ considerata nella
Legge regionale della Regione Autonoma Sardegna n° 27 del 25 novembre 1983.

La diagnosi è stata basata, oltre che su dati clinici, sulla base di :

- esame ematologico n. _____ del Servizio di _____
in data _____;

- esame istologico n. _____ dell' _____
_____ in data _____

_____, li _____

IL DIRETTORE SANITARIO

IL MEDICO DEL REPARTO
