

**Amministrazione destinataria**

Comune di Olbia

Ufficio destinatario

Settore Servizi alla Persona

Domanda di accesso ai contributi economici a favore dei nefropatici**Il sottoscritto**

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno
				Scala	Piano
				☐	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

- ☐ il rilascio di contributi economici a favore dei nefropatici
- ☐ il rinnovo del rilascio dei contributi economici a favore dei nefropatici

Soggetto interessato

- ☐ per sé stesso
- ☐ per il seguente familiare o tutelato

soggetto interessato

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno
				Scala	Piano
				☐	CAP
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)					

Forma

- ☐ assegno mensile
- ☐ rimborso spese di viaggio o di trasporto e di soggiorno
pertanto allega certificazione attestante i trattamenti effettuati
pertanto allega documentazione attestante le spese di viaggio sostenute
- ☐ contributi in caso di trapianto renale
- ☐ contributi forfettari per spese di approntamento locali e per spese di consumo energia elettrica, di acqua e di consumo in caso di emodialisi domiciliare
- ☐ contributo per l'assistente di dialisi, in caso di dialisi domiciliare (*peritoneale o emodialisi*)

che il versamento dei sussidi economici avvenga con la seguente modalità

- ☐ accredito su c/c postale o bancario

Codice IBAN

Cognome intestatario

Nome intestatario

- ☐ accredito su carta prepagata

Codice IBAN**Cognome intestatario**

Nome intestatario

- ☐ rimessa diretta

(solo per importi inferiori a 1.000,00 €)

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

di essersi recato per effettuare gli specifici trattamenti nelle giornate e nelle strutture seguenti
(da compilare in caso di richiesta di rimborso spese di viaggio o di trasporto e di soggiorno)

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 in trattamento dialitico

Anno di inizio trattamento

Luogo del trattamento

☐ centro o struttura di dialisi

Nome centro o struttura

☐ dialisi domiciliare di tipo☐ peritoneale☐ emodialisi☒ che il proprio nucleo familiare e i relativi redditi sono quelli riportati nella tabella seguente

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela	Reddito annuo netto	
					€
					€
					€
					€
					€
Anno di riferimento				Totale reddito annuo netto	
					€

☒ di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente e di assumere tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione**il nucleo familiare è in possesso di attestazione ISEE**

Importo

€

Data di rilascio

Data di scadenza

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.

Olbia

Luogo

Data

il dichiarante