

Comune di Olbia

Settore Servizi alla Persona

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

CHIEDE INOLTRE

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,

DICHIARA

di essersi recato per effettuare gli specifici trattamenti nelle giornate e nelle strutture seguenti

Data del trattamento	Tipologia di trattamento	Struttura

Mezzo utilizzato

☐ autovettura privata

Proprietario

Targa

☐ mezzi pubblici

DICHIARA INOLTRE

- ☒ di sottoporsi, con la regolarità che la propria affezione richiede, alle prestazioni sanitarie specifiche, in Comuni diversi da quello di residenza
- ☒ di non aver diritto a rimborsi o sussidi per lo stesso titolo da parte di enti previdenziali o assicurativi, o di altri enti anche sulla base di normative statali regionali
- ☒ 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)

- ☒ certificazione diagnostica attestante la patologia
- ☒ documentazione attestante le spese di viaggio sostenute
- ☒ certificazione medica rilasciata da centri ospedalieri o universitari
- ☐ 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