

**AL SIGNOR SINDACO DEL  
COMUNE DI DOLIANOVA**

**OGGETTO: Richiesta provvidenze economiche ai sensi della Legge Regionale n. 11 del 08/05/1985 e successive modificazioni – anno 2026.**

\_\_\_\_l\_\_\_\_ sottoscritt\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_, residente a DOLIANOVA in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel.  
\_\_\_\_\_(obbligatorio), C.F. \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

1. Per se medesimo

2. O per \_\_\_\_\_ nat\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Il \_\_\_\_\_ residente a DOLIANOVA in Via \_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ C. F. \_\_\_\_\_  
E-MAIL \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di poter beneficiare delle provvidenze previste dalla L.R. n. 11 del 08/05/1985 e successive modifiche ed integrazioni.

A tale scopo allega i seguenti documenti:

1. AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI FAMIGLIA E DEL REDDITO COMPLESSIVO DI TUTTI I COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE
2. CERTIFICAZIONE RILASCIATA DAL SANITARIO RESPONSABILE ATTESTANTE LO STATUS DI NEFROPATICO CON L'INDICAZIONE DELLA DECORRENZA
3. ATTESTAZIONE SANITARIA DA CUI RISULTI LA NECESSITA' DELL'ACCOMPAGNATORE PER IL NEFROPATICO CHE DEVE EFFETTUARE O HA EFFETTUATO LA DIALISI;
4. COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' e CODICE FISCALE
5. CODICE IBAN

**DICHIARA**

DI NON PERCEPIRE, PER LA STESSA PATOLOGIA, ALTRE PROVVIDENZE ASSISTENZIALI RELATIVE AI RIMBORSI DELLE SPESE DI VIAGGIO E DI SOGGIORNO E SUSSIDI.

Pertanto, \_\_\_\_ sottoscritt\_\_\_\_, si impegna a fornire ogni documento comprovante la propria situazione sanitaria ed economica, eventualmente richiesto dal Servizio Sociale.

Dichiara di essere a conoscenza che in caso di dichiarazioni false o mendaci sarà soggetto alle sanzioni penali previste dal D.P.R. N. 445 del 28/12/2000.

Dolianova, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

**Il sottoscritto chiede, inoltre, che il pagamento del contributo sia effettuato nel modo indicato:**

☐ ☐ contanti presso la Tesoreria Comunale (per importi inferiore a € 1.000,00)

☐ ☐ Accredito su C/C bancario    ☐ ☐ Accredito su C/C postale

**CODICE IBAN intestato al beneficiario o cointestato:**

---

N.B.: No libretti postali e carte Poste Pay

Eventuale delega a favore di:

---

(indicare dati anagrafici, codice fiscale e allegare un documento d'identità)

Dolianova, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

La firma non deve essere autenticata se è apposta in presenza del dipendente addetto o se la dichiarazione è accompagnata dalla fotocopia di un documento di identità.

**CERTIFICAZIONE PATOLOGIA**  
(Rilasciata da Centri Ospedalieri o Universitari)

Si certifica che \_\_l\_\_ Sig. \_\_\_\_\_  
nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a  
Dolianova in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ risulta affetto/a da  
patologia prevista ai sensi della L.R. n. 11/1985 – Nuove norme per le provvidenze a favore dei  
nefropatici, dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Si attesta inoltre che il suddetto paziente

☐ necessita

☐ NON necessita

di essere accompagnato e ripreso da terzi per effettuare i trattamenti necessari.

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(luogo, data)

IL MEDICO

\_\_\_\_\_  
(Firma e Timbro)