

**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.

1 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 1 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)