

**AL SIGNOR SINDACO DEL
COMUNE DI DOLIANOVA**

OGGETTO: Richiesta riconoscimento assegno mensile a favore dei trapiantati di organo solido di cui alla L.R. 12/2011 e alla L.R. n. 3/2022, art. 6 – “Estensione sussidi di cui all’art. 1 della L.R. 11/1985 ai trapiantati di organo solido non renale” – 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, come previsto dalla L.R. 12/2011 e dalla L.R n. 3/2022, art. 6
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 TRAPIANTATO CON L’INDICAZIONE DELLA DECORRENZA E L’EVENTUALE NECESSITA’ DELL’ACCOMPAGNATORE PER I TRATTAMENTI;
3. COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA’ IN CORSO DI VALIDITA’ E CODICE FISCALE
4. 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

**L.R. n. 12/2011 art. 18 c. 3 – “Provvidenze a favore dei trapiantati di fegato cuore e pancreas”
e L.R. n. 3 del 09/03/2022 art.6 “Nuove norme per la parificazione dei diritti dei trapiantato di
organo solido”.**

(Rilasciata da Centri Ospedalieri o Universitari)

Si certifica che __l__ Sig. _____
nat__ a _____ il _____ residente a
_____ via _____ n.
_____ in quanto trapiantato di _____ in data _____
risulta affetto/a da patologie prevista ai sensi della L.R. n. 12/2011 e L.R. n. 3 del 09/03/2022.

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)

