

Ufficio Protocollo

Ai sensi della Legge regionale 08/05/1985, n. 11

Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)

Forma

- ## CHIEDE INOLTRE

☐ 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

(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
				€

(*) nella tabella includere anche il beneficiario e il relativo reddito

- ☒ di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente e di assumere tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione

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.

Luogo

Data

il dichiarante