#  Spett.le COMUNE DI GONNOSFANADIGA

 Al Responsabile del Servizio Sociale

 Via Regina Elena n. 1

09035 Gonnosfanadiga

# Domanda di accesso ai contributi economici a favore di emofilici, talassemici ed emolinfopatici maligni ai sensi della Legge Regionale n. 27 del 25.11.1983 e successive modificazioni

Il/La sottoscritto/a (cognome) (nome)

 nato/a a , Prov. di il

 / / , residente a

Prov. di

in via/piazza

 , n. Tel.

Cod. Fiscale

# CHIEDE

il rilascio di contributi economici a favore degli emofilici, talassemici e emolinfopatici maligni (*barrare solo in caso di primo accesso alla misura*);

il rinnovo del rilascio dei contributi economici a favore degli emofilici, talassemici e emolinfopatici maligni;

# SOGGETTO INTERESSATO:

per sé stesso

in favore di (cognome) (nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a , Prov. di il / / , residente a in via/piazza , n. Cod. Fiscale relazione di parentela:

□ Familiare

□ Amministratore di sostegno/Tutore

Tel. n. ,

Patologia

* Emofilia
* Emolinfopatia
* Talassemia

# SOTTOFORMA DI:

* assegno mensile;
* rimborso spese di viaggio o di trasporto e di soggiorno;

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,

# DI C H I A R A

1. Di non percepire, per la stessa patologia, altre provvidenze assistenziali relative a rimborsi per le spese di viaggio e soggiorno e sussidi.
2. Di aver raggiunto il presidio ospedaliero con la seguente modalità:
* con mezzo privato
* con i mezzi pubblici, sostenendo una spesa pari ad € .
1. che il proprio nucleo familiare, ovvero il nucleo familiare dell’interessato, è così composto:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| n° | Cognome e Nome | Luogo di nascita | Data di nascita | Parentela |
| 1 |  |  |  | *Richiedente* |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |

1. che il **reddito netto**1 effettivo (*redditi da lavoro autonomo/dipendente, da compartecipazioni societarie, da pensioni o rendite immobiliari ed esclusi quelli derivanti da rendite INAIL, pensioni di invalidità e assegni di accompagnamento*) del suddetto **nucleo** familiare2 per **l’anno 202\_\_ (redditi 202\_\_**) o se non ancora in possesso **anno 2023\_\_\_ (redditi 202\_\_)** è stato di complessivi € \*
2. che il pagamento del contributo sia accreditato sul conto corrente intestato al sottoscritto o cointestato

Codice IBAN:

1. di aver preso visione dell’allegata informativa sul trattamento dei dati “INFORMATIVA PRAIVACY” e di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all’articolo 13 del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa per cui presta il suo consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

# SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione.

**A TAL FINE ALLEGA:**

* Modello Certificazione diagnostica in originale, rilasciato da presidi ospedalieri pubblici o universitari (da consegnare non appena insorge la patologia e solo in caso di primo accesso alla misura);
* Documentazione attestante le visite mediche effettuate, con data e luogo, dove risulti la legge di riferimento della patologia per cui la visita è stata sostenuta;
* Documentazione relativa ad altre visite riconducibili alla patologia prevista dalla normativa; Certificazione reddituale (Certificazione Unica oppure Mod. 730 oppure Dichiarazione Unica)\*; Copia del documento di identità in corso di validità;
* Fotocopia del Codice IBAN;

*Si specifica che il codice IBAN non è quello di eventuali libretti postali, bancari, carte ad essi riconducibili, sui quali non è possibile effettuare accreditamenti da parte del Comune ma è esclusivamente quello relativo a* ***conto corrente bancario o postale o carte con codice Iban e dev’essere intestato/cointestato al beneficiario.***

Gonnosfanadiga lì ………………………………………………

…………………………………………………………

*Firma del richiedente*

1 Pari al reddito imponibile meno imposta netta e addizionali irpef comunali e regionali;

2 **Per nucleo familiare** ai fini della presente legge deve intendersi:

* nel caso di talassemico o emofilico o emolinfopatico coniugato, quello costituito dall’interessato stesso e, se conviventi, dal coniuge e figli minori;
* nel caso di talassemico o emofilico e emolinfopatico celibe o nubile, quello costituito dall’interessato stesso e, se conviventi, dai genitori e fratelli minori
* Per effetto della L. R. 5 Febbraio 2024 n. 1, i limiti di reddito rimangono vigenti ai fini della sussistenza e determinazione dell’assegno mensile, sono stati aboliti solo in riferimento ai rimborsi viaggio e soggiorno.