

OGGETTO: Modulo di domanda L.R. 9/04 - Provvidenze economiche a favore di soggetti affetti da NEOPLASIA MALIGNA e L.R. 27/83 - Provvidenze economiche a favore di TALASSEMICI, EMOFILICI ED EMOLINFOPATICI MALIGNI.

__l__ sottoscritt _____ nat __a_____(____)
il ____ / ____ / _____ residente a _____(____)
in Via _____ n° _____ telefono _____

CHIEDE

di poter beneficiare delle provvidenze economiche in favore di cittadini affetti da particolari patologie, come previsto dalle seguenti leggi regionali:

L.R. 27/83 - Provvidenze economiche a favore di TALASSEMICI, EMOFILICI ED EMOLINFOPATICI MALIGNI;

oppure

L.R. 9/04 - Provvidenze economiche a favore di soggetti affetti da NEOPLASIA MALIGNA;

DICHIARA

► Di non percepire, per la stessa patologia, di altre provvidenze assistenziali relative a rimborsi per le spese di viaggio e soggiorno e sussidi.

► Che il reddito netto percepito dal proprio nucleo familiare, composto da n. ____ persone, è di complessivi € _____ per l'anno _____

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 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.

Si allega la certificazione rilasciata dal Presidio di Diagnosi e cura _____

Berchidda, li ____ / ____ / _____

IL DICHIARANTE
