

OGGETTO: Modulo di domanda L.R. 11/85 e 43/93 - Provvidenze economiche a favore di TRAPIANTATI DI ORGANO SOLIDO NON RENALE L.R.3/2022.

__l__ sottoscritt _____ nat __a_____ (____)
il ____ / ____ / _____ residente a _____ (____)
in Via _____ n° _____ telefono _____
con la presente chiede che gli siano rimborsate le spese di soggiorno, di andata e ritorno, sostenute da _____ a _____ presso il centro di _____
con la propria autovettura “ _____ ” targata _____ per
complessivi Km (A/R) _____ per ogni seduta.

DICHIARA

- ▶ Di non percepire, per la stessa patologia, di altre provvidenze assistenziali relative a rimborsi per le spese di viaggio, soggiorno e sussidi;
- ▶ Che il reddito netto percepito dal proprio nucleo familiare, composto da n. ____ persone, è di complessivi € _____ per l'anno _____.
- ▶ Di aver subito trapianto di organo solido (specificare) _____ in data ____/____/____ presso il Centro di _____

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 documentazione sanitaria rilasciata dal Centro di _____.

Berchidda, li ____ / ____ / _____

IL DICHIARANTE
