

**Amministrazione destinataria**

Comune di Donori

Ufficio destinatarioUfficio Servizi Sociali - Cultura e
Pubblica istruzione

Domanda di accesso ai contributi economici a favore dei trapiantati di fegato, cuore e pancreas

Il sottoscritto

| | | | | | | | | | | |
|--------------------|----------------|--------|-----------------------------|--------|-------------------------------|---------|-------|-------|-----|-----|
| Cognome | | Nome | | | Codice Fiscale | | | | | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza | | | | | |
| Residenza | Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| Telefono cellulare | Telefono fisso | | Posta elettronica ordinaria | | Posta elettronica certificata | | | | | |

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

- il rilascio di contributi economici a favore dei trapiantati di fegato, cuore e pancreas sotto forma di rimborso spese di viaggio o di trasporto e di soggiorno
- il rinnovo del rilascio dei contributi economici a favore dei trapiantati di fegato, cuore e pancreas sotto forma di rimborso spese di viaggio o di trasporto e di soggiorno

Soggetto interessato

- per sé stesso
- per il seguente familiare o tutelato

soggetto interessato

| | | | | | | | | | | |
|--|-----------|--------|------------------|--------|----------------|---------|-------|-------|-----|-----|
| Cognome | | Nome | | | Codice Fiscale | | | | | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza | | | | | |
| Residenza | Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.) | | | | | | | | | | |

CHIEDE INOLTRE

che il versamento dei sussidi economici avvenga con la seguente modalità

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

di essersi recato per effettuare gli specifici trattamenti nelle giornate e nelle strutture seguenti

| Data del trattamento | Tipologia di trattamento | Struttura |
|----------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Mezzo utilizzato

autovettura privata
Proprietario Targa

mezzi pubblici

DICHIARA INOLTRE

di essere stato sottoposto a trapianto

| Data dell'operazione | Struttura |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

di non aver diritto a rimborsi o a sussidi per lo stesso titolo da parte di enti previdenziali o assicurativi, o di altri enti anche sulla base di normative statali e regionali

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 |
| | | | | € |

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

il nucleo familiare è in possesso di attestazione ISEE

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Importo | Data di rilascio | Data di scadenza |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| € | | |

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 trapiantato di fegato, cuore o pancreas rilasciato da presidio pubblico
- documentazione attestante le spese di viaggio sostenute
- certificazione medica rilasciata da centri ospedalieri o universitari
- 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.

Donori

Luogo

Data

il dichiarante