

**OGGETTO: Richiesta provvidenze ai sensi della Legge Regionale n. 27/83 e successive modificazioni.**

\_\_I\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Chiede per se/ovvero per \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**Di poter beneficiare delle provvidenze previste dalla L.R. n°27/83 e successive modificazioni.**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali nel caso di false attestazioni e dichiarazioni mendaci previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

**DICHIARA**

- Di non percepire, per la stessa patologia, altre provvidenze assistenziali relative ai rimborsi per le spese viaggio, soggiorno e sussidi;
- Di essere informato, ai sensi del D. Lgs.vo 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento e del Consiglio del 27 aprile 2016 che, con riferimento ai dati personali che saranno forniti nell'ambito del procedimento avviato con questa istanza:
  - il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Capoterra, nella persona del Sindaco;
  - il Responsabile della protezione dei Dati Personali è Vito Rocco Carbone, il cui recapito è: rdp\_capoterra@methe.it
  - i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e solo da parte dei funzionari che vi prenderanno parte;
  - gli atti del presente procedimento, contenenti i dati personali, verranno conservati per il periodo necessario al funzionamento dell'Ente e, comunque, non superiore ai 10 anni;
  - il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale rifiuto a fornirli comporta l'automatica esclusione dai benefici;
- il titolare dei dati personali potrà sempre richiederne la rettifica o la cancellazione, limitarne il trattamento, opporsi allo stesso ed anche alla portabilità dei dati, fermo restando che tali iniziative comporteranno l'esclusione automatica dai benefici, ove impediscano la prosecuzione del procedimento o il mantenimento dell'utilità acquisita;
- in caso di violazione della normativa in materia, l'interessato potrà proporre reclamo alla Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali, ovvero all'autorità giudiziaria competente.

Si allega alla presente:

- referto ematologico corredato da relativa certificazione diagnostica, in originale, rilasciato da un Presidio Pubblico;
- dichiarazione sostitutiva della certificazione della situazione reddituale;
- fotocopia di un documento d'identità.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLA CERTIFICAZIONE DELLA SITUAZIONE REDDITUALE

Art. 46 – D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000**

### DICHIARA

- Di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- Di essere residente in Capoterra in via \_\_\_\_\_;
- Che il proprio nucleo familiare (dati conformi agli atti dell'anagrafe comunale) è così composto:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela	Attività	Reddito

- che il reddito netto effettivo del proprio nucleo familiare ai sensi dell'art. 3 della L.R. n° 27 del 25/11/83 per l'anno \_\_\_\_\_ è stato di complessivi € \_\_\_\_\_.
- Di essere informato, ai sensi del D. Lgs.vo 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento e del Consiglio del 27 aprile 2016 che, con riferimento ai dati personali che saranno forniti nell'ambito del procedimento avviato con questa istanza:
- il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Capoterra, nella persona del Sindaco;
- il Responsabile della protezione dei Dati Personali è Vito Rocco Carbone, il cui recapito è: [rdp\\_capoterra@methe.it](mailto:rdp_capoterra@methe.it)
- i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e solo da parte dei funzionari che vi prenderanno parte;
- gli atti del presente procedimento, contenenti i dati personali, verranno conservati per il periodo necessario al funzionamento dell'Ente e, comunque, non superiore ai 10 anni;
- il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale rifiuto a fornirli comporta l'automatica esclusione dai benefici;
- il titolare dei dati personali potrà sempre richiederne la rettifica o la cancellazione, limitarne il trattamento, opporsi allo stesso ed anche alla portabilità dei dati, fermo restando che tali iniziative comporteranno l'esclusione automatica dai benefici, ove impediscano la prosecuzione del procedimento o il mantenimento dell'utilità acquisita;
- in caso di violazione della normativa in materia, l'interessato potrà proporre reclamo alla Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali, ovvero all'autorità giudiziaria competente.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## CERTIFICAZIONE

Si certifica che il/la sig./ra

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

risulta affetto/a da patologia prevista ai sensi della L.R. n° 27/1983 e successive modificazioni.

La diagnosi è stata basata oltre che su dati clinici sulla base di:

Esame ematologico n° \_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ del Servizio di \_\_\_\_\_

Il trattamento è stato iniziato in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ ed è tuttora in corso, per cui il paziente deve periodicamente presentarsi per l'effettuazione della terapia o esami connessi allo specifico status morbosus ed è stato interrotto in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ peraltro il paziente, data la possibilità di ricaduta e di conseguenze della malattia e della terapia praticata, deve periodicamente presentarsi per visita medica ed esami.

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE MEDICO

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma)

## CHIARIMENTI AI SENSI DELLA LEGGE REGIONALE N. 27/83

**Per nucleo familiare 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 o emolinfopatico celibe o nubile**, quello costituito dall'interessato stesso, e se conviventi, dai genitori e fratelli minori.

**Il reddito netto effettivo riferibile al talassemico o all'emofilico o all'emolinfopatico è:**

- **Nel caso di soggetto coniugato** da quello dell'interessato stesso, del coniuge e dei figli minori conviventi;
- **Nel caso di soggetto celibe o nubile** quello dell'interessato stesso, dei genitori e dei fratelli minori conviventi.

**Per reddito netto riferibile si intende** quello derivante da prestazioni di lavoro autonomo o dipendente, da partecipazioni ad utili societari, da pensioni o da rendite immobiliari.