

AL COMUNE DI GUAMAGGIORE

SERVIZIO SOCIALE

VIALE IV NOVEMBRE

09040 GUAMAGGIORE

Richiesta provvidenze a favore di soggetti affetti da NEOPLASIA MALIGNA ai sensi delle L.R. n. 6/2004 art. 14 comma 13 e n. 9/2004 art. 1 lett. f).

Il/La Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____/____/____ C.F. _____

residente a _____ in _____

recapito telefonico _____ indirizzo e-mail _____

In nome e per conto di *(indicare se diverso dal richiedente i dati del soggetto Beneficiario)*

in qualità di Legale Rappresentante del seguente: ☐ minore ☐ interdetto ☐ inabilitato

(nome e cognome) _____

nato/a a _____ il ____/____/____ Codice Fiscale _____

residente a _____ in _____

Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445.

DICHIARA

di sottoporsi, con la regolarità che la propria affezione richiede, alle prestazioni sanitarie specifiche, in comuni diversi da quello di residenza;

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

CHIEDE

ai fini della ☐ **presentazione** ☐ **rinnovo della domanda**, di poter beneficiare di quanto disposto dalle L.R. n°6/2004 art.14 comma 13 e n° 9/2004 art. 1) lett.f) - (Provvidenze a favore di soggetti affetti da neoplasia maligna) sotto forma di:

☐ rimborso spese di viaggio o di trasporto e di soggiorno (compilare il Modulo Rimborso spese);

CHIEDE

▪ che la liquidazione delle competenze avvenga secondo la seguente modalità:

☐ tramite accredito su conto corrente bancario o postale intestato a _____

IBAN

□□ □□ □ □□□□□ □□□□□ □□□□□□□□□□□□□□

☐ tramite quietanza diretta in proprio favore (solo per importi inferiori a € 1.000,00).

ALLEGA

- Certificazione diagnostica attestante la patologia;
- Copia documento di identità in corso di validità del dichiarante.

SI IMPEGNA

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

AUTORIZZA

il trattamento dei suoi dati personali ai sensi del REGOLAMENTO (UE) 2016/679 e dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla privacy, allegata alla presente.

Guamaggiore, lì _____

IL DICHIARANTE

Richiesta rimborso spese di viaggio e soggiorno a favore di soggetti affetti da NEOPLASIA MALIGNA ai sensi delle L.R. n. 6/2004 art. 14 comma 13 e n. 9/2004 art. 1 lett. f).

Il/La Sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ____/____/____ C.F. _____
residente a _____ in _____
recapito telefonico _____ indirizzo e-mail _____

in qualità di Legale Rappresentante del seguente: ☐ minore ☐ interdetto ☐ inabilitato

(nome e cognome) _____
nato/a a _____ il ____/____/____ Codice Fiscale _____
residente a _____ in _____

CHIEDE

Il rimborso delle spese di viaggio e di soggiorno previste dalle Leggi Regionali n. 6/2004 art. 14 comma 13 e n. 9/2004 art. 1 lett. f), consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR 445/2000,

DICHIARA

Di essersi recato presso la struttura ospedaliera di cui alle certificazioni allegate:

- ☐ Con un mezzo privato;
☐ Con un mezzo pubblico (allegare i biglietti viaggio).

A tal fine allega:

Certificazione attestante i trattamenti effettuati nel periodo relativo al:

LUIGLIO 2026	
AGOSTO 2026	
SETTEMBRE 2026	
OTTOBRE 2026	
NOVEMBRE 2026	
DICEMBRE 2026	
GENNAIO 2027	
FEBBRAIO 2027	
MARZO 2027	
APRILE 2027	
MAGGIO 2027	
GIUGNO 2027	

Guamaggiore lì, _____

Firma
