

AL COMUNE DI GUAMAGGIORE

SERVIZIO SOCIALE

VIALE IV NOVEMBRE

09040 GUAMAGGIORE

Richiesta provvidenze a favore dei NEFROPATICI - LL.RR. n.11/1985 e n. 43/1993

Il/La Sottoscritto/a _____

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

residente a _____ in _____

recapito telefonico _____ indirizzo 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 essere in trattamento dialitico ☐ al centro ☐ a domicilio dal _____ presso _____;
- ☐ Di essere stato sottoposto a trapianto renale in data _____ presso _____;
- ☐ 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 dalla Legge Regionale N. 11 del 08 maggio 1985 e ss.mm.ii. (Provvidenze a favore dei nefropatici) sotto forma di:

- ☐ Assegno mensile;
- ☐ Rimborso spese di viaggio o di trasporto e di soggiorno (compilare il Modulo *Rimborso spese*);

- ☐ Contributi per trapianto;
- ☐ Contributi forfettari per spese di approntamento locali e per spese di consumo energia elettrica, di acqua e di consumo in caso di emodialisi domiciliare;
- ☐ Di contributo per l'assistente di dialisi, in caso di dialisi domiciliare (peritoneale o emodialisi).

CHIEDE

che la liquidazione delle competenze avvenga secondo la seguente modalità:

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

IBAN

[illegible]

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

ALLEGA

- a. Certificato medico attestante lo status di nefropatico sottoposto a regolare trattamento dialitico;
- b. Copia documento di identità in corso di validità del dichiarante;
- c. Certificazione relativa ai redditi percepiti nell'anno **2025 (dichiarazione anno 2026) compilando il modello di autocertificazione allegato che attesti il reddito netto del nucleo familiare (vedi punti 1,2,3,4)** secondo i dati presenti in una delle seguenti dichiarazioni: modello 730, modello CU, modello PF o assimilati **escluso il modello ISEE.**

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

AUTOCERTIFICAZIONE DELLA SITUAZIONE REDDITUALE

(articolo 46 comma 1 lettera b) del Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa adottato con D.P.R. 28.12.2000, N. 445).

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
Prov. _____ il _____ e residente a Guamaggiore in Via/vico _____
n. _____, tel. _____,
C. F. _____, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/'00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità.

DICHIARA CHE NELL'ANNO 2025

☐ Ha avuto i seguenti redditi:

	<u>Reddito proprio</u>	<u>Reddito complessivo di tutto il nucleo familiare</u>	<u>Numero componenti nucleo familiare</u>
REDDITO NETTO			

☐ Non ha avuto alcun reddito assoggettabile all'imposta sul reddito delle persone fisiche.

☐ Non ha presentato la dichiarazione dei redditi mod. unico né mod. 101 in quanto possessore di reddito diammontare inferiore a quello previsto per l'obbligatorietà della denuncia stessa.

☐ Non ha presentato la propria dichiarazione annuale dei redditi né il certificato sostitutivo di essa perché esonerato ai sensi dell'art.1, 4° comma, del D.P.R. n. 600 del 29.09.1973.

☐ Ha posseduto i seguenti redditi esenti dall'imposta sul reddito delle persone fisiche o assoggettati a ritenute alla fonte a titolo di imposta:

☐ Ha avuto la seguente situazione economica

☐ Di non aver diritto, per lo stesso titolo, e comunque di non usufruire, di rimborsi delle spese di viaggio e di soggiorno da parte di altri Enti previdenziali ed assicurativi.

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.

Luogo e data

Il/la dichiarante (per esteso e leggibile)

Richiesta rimborso spese di viaggio e soggiorno a favore di soggetti NEFROPATICI, ai sensi delle LL.RR. n. 11/85 e n. 43/93

Il/La Sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ____/____/____ Codice Fiscale _____
residente a _____ in _____
recapito telefonico _____ indirizzo 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 _____

CHIEDE

Il rimborso delle spese di viaggio e di soggiorno previste dalle Leggi Regionali n. 11/85 e n. 43/93.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, 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 per effettuare gli specifici trattamenti nelle giornate e presso le strutture di seguito riportate, utilizzando:

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

Per il 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	

A TAL FINE ALLEGA (barrare la voce che interessa):

- ☐ Certificazione medica attestante i trattamenti effettuati;
- ☐ Certificazione del presidio di dialisi in cui risultino i giorni in cui si effettua la dialisi o la visita di controllo e la eventuale certificazione inerente la dialisi domiciliare;
- ☐ Documentazione delle spese di viaggio sostenute.

Guamaggiore lì, _____

Firma del richiedente
