



**Al Sig. Sindaco
Comune di Silius
Via Aldo Moro, 14
09040 Silius (SU)**

OGGETTO: LEGGE REGIONALE 11/85 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI – RICHIESTA PROVVIDENZE ECONOMICHE A FAVORE DEI NEFROPATICI

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov. _____
il _____ residente in SILIUS (SU) in via/piazza _____ n. _____ cap. _____
telefono fisso n. _____ cellulare _____ codice fiscale _____
e-mail _____ fax _____ pec _____

A conoscenza che la Pubblica Amministrazione può raccogliere dati personali per il perseguimento di finalità istituzionali, nonché quelle specifiche socio-assistenziali, secondo quanto previsto dal Codice della Privacy (D.lgs. 196/2003);

CHIEDE

per sé medesimo

Oppure in qualità di:

esercente la potestà nei confronti del minore o dell'interdetto o dell'inabilitato sig. _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____ e residente nella Comune di SILIUS (SU) in
via/piazza _____ n. _____

Amministratore di sostegno in virtù del Decreto di nomina del (inserire data) _____ (di cui si allega copia) dell'assistito
_____ nato/a a _____ prov. _____
il _____ e residente nel Comune di SILIUS (SU) in via/piazza _____ n. _____

di poter beneficiare delle provvidenze economiche previste dalla L.R. 11/85 e successive modifiche ed integrazioni

A tal fine consapevole delle sanzioni penali, di altre provvidenze non veritiere, d'informazione o usi di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 556 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

- 1) di essere nato a _____/che il/la sig. _____ è nato a _____;
2) di essere residente a **Silius**/ che il/la sig. _____ è residente a **Silius**;
3) che il proprio nucleo familiare /che il nucleo familiare del/la sig. _____ è così composto:

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Relazione di parentela

- 4) che il reddito netto annuo del proprio nucleo familiare/ del nucleo familiare del/la sig. _____ relativo all'anno _____ (ultima dichiarazione presentata) è pari a complessivi € _____

N.	Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Relazione di parentela	Reddito netto annuo
1						€
2						€
3						€
4						€
5						€
6						€
TOTALE						€

Ai fini della LR 11/85 e successive modifiche ed integrazioni

1) per nucleo familiare deve intendersi:

- nel caso di nefropatico coniugato, quello costituito dal nefropatico stesso e, se conviventi, dal coniuge e dai figli in base alle norme vigenti;
- nel caso di nefropatico minorenni celibe o nubile, quello costituito dal nefropatico stesso e, se conviventi, dai genitori e dai fratelli che risultino a carico del capo famiglia in base alle norme vigenti;
- nel caso di nefropatico maggiorenne celibe o nubile, quello composto dal solo nefropatico, ancorché convivente con altri familiari.

2) Il reddito netto effettivo riferibile al soggetto beneficiario è quello derivante da prestazioni di lavoro autonomo o dipendente, da partecipazioni ad utili societari, da pensioni e da rendite immobiliari del nefropatico stesso, del coniuge e dei figli minori conviventi nel caso di nefropatico coniugato;

del nefropatico stesso, dei genitori e dei fratelli minori che risultino a carico del capo famiglia, nel caso di nefropatico minorenni celibe o nubile;

del solo nefropatico, ancorché convivente con altri familiari, nel caso di nefropatico maggiorenne celibe o nubile.

3) per reddito netto ai fini delle provvidenze previste dalle leggi di settore deve intendersi il reddito imponibile preso a base per il calcolo delle addizionali regionali e comunali meno l'imposta netta Irpef di competenza e le addizionali comunali e regionali stesse (nota RAS prot. n. 3959 del 11/05/2007).

- 5) di non percepire per lo stesso titolo rimborsi da parte di enti previdenziali o assicurativi, o di altri enti anche sulla base di normative statali e regionali;

- 6) che le fotocopie dei documenti allegati alla richiesta per la concessione dei benefici previsti dalla L.R. 11/85 sono conformi all'originale in mio possesso/ in possesso del/la sig. _____;

7)

- di raggiungere il presidio suddetto con la propria autovettura con numero di targa _____

di raggiungere il presidio in cui si effettua la dialisi con un automezzo privato non di proprietà (il rimborso è pari a 1/5 del costo di un litro di benzina a chilometro);

- che l'autovettura che effettua regolarmente il trasporto ha n. di targa _____ ed è intestata al sig. _____ nato/a a _____ il _____ oppure all'Associazione di Volontariato denominata _____ con sede legale in _____ in via _____ n. _____

(nel caso che il proprietario dell'autovettura sia persona diversa dal richiedente, tale dichiarazione deve essere avallata dalla persona indicata come proprietario)

- di raggiungere il presidio in cui effettua la dialisi con un mezzo pubblico.

oppure

Che il proprio assistito non percepisce per lo stesso titolo rimborsi da parte di enti previdenziali o assicurativi, o di altri enti anche sulla base di normative statali e regionali;

- che il proprio assistito raggiunge il presidio suddetto con un'autovettura di proprietà con numero di targa _____

che il proprio assistito raggiunge il presidio in cui si effettua la dialisi con un automezzo privato non di proprietà (il rimborso è pari a 1/5 del costo di un litro di benzina a chilometro);

- che l'autovettura che effettua regolarmente il trasporto ha n. di targa _____ ed è intestata al sig. _____ nato/a a _____ il _____ oppure all'Associazione di Volontariato denominata _____ con sede legale in _____ in via _____ n. _____

(nel caso che il proprietario dell'autovettura sia persona diversa dal richiedente, tale dichiarazione deve essere avallata dalla persona indicata come proprietario)

- che il proprio assistito raggiunge il presidio in cui effettua la dialisi con un mezzo pubblico.

8) che la modalità di riscossione prescelta per il rimborso delle spese sostenute è la seguente:

accredito sul c/c bancario n. _____ Banca _____
 intestato e riscuotibile dal richiedente Sig. _____;

accredito sul c/c postale n. _____ intestato e riscuotibile dal richiedente Sig. _____;

accredito sul c/c bancario n. _____ Banca _____
 intestato e riscuotibile da altra persona Sig. _____ nato/a a _____
 il _____ e residente a _____ in Via _____ al n. _____
 Telefono _____ in qualità di Familiare: Coniuge, Genitore, Figlio, Fratello (barrare la voce che interessa)

Amministratore di sostegno

Altro (specificare) _____

accredito sul c/c postale n. _____ intestato e riscuotibile da altra persona Sig. _____ nato/a a _____
 il _____ e residente a _____ in Via _____ al _____
 n. _____ Telefono _____ in qualità di Familiare: Coniuge, Genitore, Figlio, Fratello (barrare la voce che interessa)

Amministratore di sostegno o tutore

Altro (specificare) _____

Dichiara inoltre 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.

Allega:

- Certificato medico attestante lo status di nefropatico sottoposto a regolare trattamento dialitico, rilasciato ai sensi dell' art. 3 LR 11/85)
- Attestazione sanitaria da cui risulti la necessità dell'accompagnatore per il nefropatico che deve effettuare o che ha effettuato la dialisi
- Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità del beneficiario e del richiedente (se diverso dal beneficiario)
- Fotocopia del codice fiscale del beneficiario e del richiedente (se diverso dal beneficiario)
- Copia conforme all'originale del decreto di nomina a tutore o curatore o amministratore (se esistente)

Silius, li _____

IL RICHIEDENTE DICHIARANTE
