

RICHIESTA CONTRIBUTO SOCIO-ASSISTENZIALE

ai sensi delle leggi regionali 41/79, 30/81, 22/82,
26/89, 23/2004, 5/2015 (art. 21), 18/2015, 47/2015 e 11/2023 (art. 23)

(Modello di domanda presentata dall'utente o dal genitore/tutore)

**Al Servizio Politiche Sociali
del COMUNE di 75013 - FERRANDINA**

La/il sottoscritta/o _____ nata/o a _____

residente a _____ in via _____ n. _____

cod fisc _____ tel. _____

email _____ tipo documento n. _____

rilasciato da _____ scadenza il _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del DPR 445 del 28 dicembre 2000, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

(parte a cura dei genitori/tutori nel caso di utente non ancora maggiorenne)

di essere il _____ dell'utente _____ nato/a a

_____ il _____ residente a _____

in via _____ cod. fisc _____

documento di identità n. _____ rilasciato da _____ scadenza il _____

CHIEDE,

ai sensi delle LL.RR. nn. 41/79, 46/80, 30/81, 22/82, 26/89, 23/2004, 5/2015 (art. 21), 18/2015 e 47/2015, e n. 11/2023 (art. 23), per l'anno _____

(barrare le caselle)

- la concessione del contributo economico;
- il rimborso forfettario per le spese di viaggio (limitatamente ai talassemici e ai cittadini affetti da altre patologie del sangue sottoposti ad emotrasfusioni);
- il contributo per la dialisi domiciliare

Il sottoscritto allega:

1. certificato medico della struttura ospedaliera in busta chiusa;
2. dichiarazione ISEE dell'anno di riferimento;
3. eventuale atto di delega autenticato al Comune per il ritiro delle spettanze;
4. fotocopia del documento di riconoscimento.

Dichiara, infine, di scegliere la seguente modalità di pagamento:

- quietanza diretta
- accredito sul c/c bancario.....

Data _____

Firma _____