



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

**OGGETTO: LEGGE REGIONALE 27/83 E LEGGE REGIONALE 6/92 ART. 65 – RICHIESTA PROVVIDENZE ECONOMICHE A FAVORE DI TALASSEMICI, EMOFILICI E EMOLINFOPATICI MALIGNI.**

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 \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

per sé medesimo

Oppure in qualità di:

- esercente la potestà nei confronti del minore o dell'interdetto o dell'inabilitato \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente nella Comune di SILIUS (SU) in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- Amministratore di sostegno in virtù del Decreto Giudiziario del \_\_\_\_\_ (di cui si allega copia) dell'assistito \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente nella Comune di SILIUS (SU) in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**di poter beneficiare delle provvidenze economiche previste dalla L.R. 27/83 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             |         |      |                  |                 |                        | €                   |
| <b>TOTALE</b> |         |      |                  |                 |                        | €                   |

**Ai fini della LR 27/83 così modificata dalla LR 6/92 art. 65**

**1) per nucleo familiare deve intendersi:**

-nel caso di persone coniugata, quello costituito dall'interessato stesso e, se conviventi, dal coniuge e figli minori;

-nel caso di persona celibe o nubile quello costituito dall'interessato stesso e, se conviventi, dai genitori e fratelli minori;

Il reddito netto effettivo riferibile al soggetto beneficiario è quello derivante da prestazioni di lavoro autonomo o dipendente, da compartecipazioni ad utili societari, da pensioni o da rendite immobiliari dall'interessato stesso, del coniuge e dei figli minori conviventi:

- nel caso di soggetto coniugato dell'interessato stesso, dei genitori e dei fratelli minori conviventi - nel caso di soggetto celibe o nubile.

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 la stessa patologia, di altre provvidenze assistenziali relative a rimborsi per le spese di viaggio e soggiorno;
- 6)  che le fotocopie dei documenti allegati alla richiesta per la concessione dei benefici previsti dalle LL. RR. 27/83 e 6/92 sono conformi all'originale in mio possesso/ in possesso del/la sig. \_\_\_\_\_;
- 7)  che la modalità di riscossione prescelta 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 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:

- Certificazione diagnostica in originale, rilasciati da uno dei presidi pubblici di diagnosi e cura di cui all'art. 2 della L.R. 27 del 25.11.83
- Referto ematologico in originale, rilasciati da uno dei presidi pubblici di diagnosi e cura di cui all'art. 2 della L.R. 27 del 25.11.83
- 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

AZIENDA \_\_\_\_\_ SERVIZIO DI \_\_\_\_\_

**CERTIFICAZIONE DIAGNOSTICA**

Si certifica che \_\_I\_\_ Sig. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a SILIUS (SU) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ risulta affetto/a da \_\_\_\_\_ considerata nella Legge Regionale della Regione Autonoma della Sardegna n. 27 del 25 novembre 1983.

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

- esame ematologico n. \_\_\_\_\_ del Servizio di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- esame istologico n. \_\_\_\_\_ dell' \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

IL DIRETTORE SANITARIO

IL MEDICO DEL REPARTO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**REFERTO EMATOLOGICO**

Si attesta che \_\_I\_\_ Sig. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a SILIUS (SU) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ risulta affetto/a da \_\_\_\_\_ considerata nella Legge Regionale della Regione Autonoma della Sardegna n. 27 del 25 novembre 1983.

La malattia è stata diagnosticata in data \_\_\_\_\_ come da certificazione diagnostica a parte.

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

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

IL DIRETTORE SANITARIO

\_\_\_\_\_

IL MEDICO DEL REPARTO

\_\_\_\_\_