



COMUNE DI ARDAULI

Provincia di Oristano

Piazza Matteotti, n°2 09081 Ardauli - Tel.0783/651223 - Fax 0783/651573

C.F. 80007390950 – P.IVA 00503960957 www.comuneardauli.gov.it

e-mail: protocollo.ardauli@pec.comunas.it – www.comuneardauli.gov.it



AL SERVIZIO SOCIALE
COMUNE DI ARDAULI

Oggetto: Richiesta provvidenze economiche Legge Regionale n° 09/2004 art. 1) lett. f)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ IL _____

residente ad Ardauli (OR) _____ in via/P.zza _____, n° _____

TEL _____ CODICE FISCALE _____

chiede

di poter beneficiare delle provvidenze previste dalla legge Regionale 9/2004.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, d'informazione o d'uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000,

DICHIARA

- Di non percepire, per la stessa patologia, di altre provvidenze assistenziali relative a rimborsi per le spese di viaggio e sussidi.
- Che il reddito netto percepito dal proprio nucleo familiare, composto da n. _____ persone, è di complessivi € _____ per l'anno _____.

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 raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Si allega certificazione rilasciata dal Presidio di Diagnosi e cura _____;

_____ lì _____

IL DICHIARANTE



CERTIFICAZIONE
(Rilasciata da centri Ospedalieri o Universitari)

Si certifica che __l__ Sig. _____
Nat__ a _____ il _____
Residente a _____ in Via _____ N° _____
risulta affetto da patologia prevista ai sensi della L.R. n. 9/2004 art. 1) lett.f)
Accertata in data _____

Si rilascia per gli usi consentiti dalla Legge.

_____ lì _____

IL DIRIGENTE MEDICO