



Amministrazione destinataria

Comune di Marrubiu

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

## Domanda di accesso ai contributi economici a favore di soggetti affetti da neoplasia maligna

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale				
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Residenza								
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### CHIEDE

- il rilascio di contributi economici a favore di soggetti affetti da neoplasia maligna sotto forma di rimborso spese di viaggio o di trasporto e di soggiorno
- il rinnovo del rilascio dei contributi economici a favore di soggetti affetti da neoplasia maligna sotto forma di rimborso spese di viaggio o di trasporto e di soggiorno

### Soggetto interessato

- per sè stesso
- per il seguente familiare o tutelato

Cognome		Nome		Codice Fiscale				
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Residenza								
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

### in qualità di (\*)

Ruolo

In qualità di (\*):

amministratore di sostegno, curatore, esercente potestà genitoriale, familiare, tutore legale

### CHIEDE INOLTRE

che il mandato di pagamento dei rimborsi delle spese di viaggio e di soggiorno sia erogato

- per cassa direttamente al beneficiario
- con le stesse modalità dell'anno precedente, ovvero direttamente al beneficiario mediante quietanza diretta
- accreditato su conto corrente o altra tipologia simile

Istituto di credito

IBAN

--	--

- ovvero ad altro beneficiario mediante quietanza diretta a

Cognome

Nome

Codice Fiscale

--	--	--

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

--	--	--	--

Residenza

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Scala

Piano

SNC

CAP

								<input type="checkbox"/>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------	--

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

--	--	--	--

- accreditato su conto corrente o altra tipologia simile intestato a

Cognome

Nome

Codice Fiscale

--	--	--

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

--	--	--	--

Residenza

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Scala

Piano

SNC

CAP

								<input type="checkbox"/>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------	--

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

--	--	--	--

Istituto di credito

IBAN

--	--

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

- di sottoporsi, con la regolarità che la propria affezione richiede, alle prestazioni sanitarie specifiche, in Comuni diversi da quello di residenza
- di non percepire, per la stessa patologia, altre provvidenze assistenziali relative a rimborsi per le spese di viaggio e soggiorno e sussidi 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 regionali
- che il proprio nucleo familiare è così composto

Cognome	Nome	Grado di parentela (*)	Reddito

(\*) coniuge, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore, suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine, convivente

di essere coniugato e che pertanto

Nell'anno		Redditi anno	
i redditi utili al calcolo del reddito netto del nucleo familiare sono i seguenti			
<input type="checkbox"/> reddito imponibile IRPEF (modello 730-3 rigo 14 – modello PF rigo RN4)	Dichiarante	Coniuge	Figlio minorene 1
			Figlio minorene 2
<input type="checkbox"/> imposta netta IRPEF (modello 730-3 rigo 50 – modello PF rigo RN26)	Dichiarante	Coniuge	Figlio minorene 1
			Figlio minorene 2
<input type="checkbox"/> addizionale regionale all'IRPEF (modello 730-3 rigo 72 – modello PF rigo RV2)	Dichiarante	Coniuge	Figlio minorene 1
			Figlio minorene 2
<input type="checkbox"/> addizionale comunale (modello 730-3 rigo 75 – modello PF rigo RV10)	Dichiarante	Coniuge	Figlio minorene 1
			Figlio minorene 2

di essere nubile/celibe e che pertanto

Nell'anno		Redditi anno	
i redditi utili al calcolo del reddito netto del nucleo familiare sono i seguenti			
<input type="checkbox"/> reddito imponibile IRPEF (modello 730-3 rigo 14 – modello PF rigo RN4)	Dichiarante	Genitore 1	Genitore 2
			Fratello minorene
<input type="checkbox"/> imposta netta IRPEF (modello 730-3 rigo 50 – modello PF rigo RN26)	Dichiarante	Genitore 1	Genitore 2
			Fratello minorene
<input type="checkbox"/> addizionale regionale all'IRPEF (modello 730-3 rigo 72 – modello PF rigo RV2)	Dichiarante	Genitore 1	Genitore 2
			Fratello minorene
<input type="checkbox"/> addizionale comunale (modello 730-3 rigo 75 – modello PF rigo RV10)	Dichiarante	Genitore 1	Genitore 2
			Fratello minorene

di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente e di assumere tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione

Eventuali annotazioni

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- certificazione diagnostica attestante la patologia
- documentazione attestante le spese di viaggio sostenute
- certificazione medica rilasciata da centri ospedalieri o universitari
- documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Marrubiu

Luogo

Data

Il dichiarante