

Spett.le Comune di Mogorella (OR)

Ufficio servizi sociali

**Oggetto: L.R. 27/83 e successive modifiche ed integrazioni. Richiesta nuovo riconoscimento.**

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ nat \_\_ a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_)  
 il \_\_\_\_\_ residente in Mogorella - Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
 C.F. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- Per se stesso;  
 Per \_\_\_\_\_  
 (in qualità di Genitore / Figlio / Tutore /Amministratore di sostegno del beneficiario)  
 Nat \_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente a Mogorella in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 C.F. \_\_\_\_\_

Di poter beneficiare delle **provvidenze previste dalla L.R. 27/83**, relativamente a quelle spettanti alla certificazione allegata.

A tal fine ALLEGA:

- Referto ematologico corredato da relativa certificazione diagnostica, entrambi in originale, rilasciati da uno dei presidi pubblici di diagnosi e cura di cui all'art. 1 della L.R. n. 27 del 25.11.1983.  
 Fotocopia della carta di identità del richiedente.  
 Fotocopia del codice fiscale del richiedente e/o di chi ne fa le veci.  
 Dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante:
- la patologia di cui si è affetti,
  - la data e il luogo di nascita;
  - la residenza,
  - la composizione del nucleo familiare,
  - il reddito netto effettivo annuo percepito dal nucleo familiare di appartenenza relativamente all'ultima dichiarazione dei redditi, ai sensi dell'art. 3 - comma II della L.R. n. 27 del 25.11.1983,
  - di non aver diritto, per lo stesso titolo e comunque di non usufruire di rimborsi delle spese di viaggio e di soggiorno da parte di enti previdenziali e assicurativi.
- Certificazione sanitaria, attestante il numero dei viaggi effettuati, relativa al periodo indicato in oggetto.

**DICHIARA**

Di essere a conoscenza che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003.

Lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(D.P.R. 28.12.2000 n°445, art.47)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

(prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_),

via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_

consapevole:

- delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci;
- che nelle ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci si applicano le sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. n° 445 28.12.2000;
- del fatto che, in caso di presentazione di documenti falsi o non più rispondenti alla realtà, decadrebbe immediatamente dall'eventuale beneficio acquisito,

### D I C H I A R A

1. di essere affetto da \_\_\_\_\_

2. di essere nato a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

3. di essere residente in Mogorella Via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_

4. che il proprio nucleo familiare risulta composto come di seguito indicato:

	cognome e nome	nato a	il	rapporto di parentela
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____

5. che ai sensi dell'art. 3 - comma 2° della L.R. n. 27 del 25.11.1983 e s.m.i., il reddito netto effettivo percepito nell'anno \_\_\_\_\_ dal nucleo familiare di appartenenza ammonta a complessivamente a € \_\_\_\_\_ (indicare \_\_\_\_\_ la cifra in lettere \_\_\_\_\_ Euro)

6. di impegnarsi a presentare la dichiarazione di cui al precedente punto 5 entro il 10 gennaio di ciascun anno.

7. di non aver diritto, per lo stesso titolo e comunque di non usufruire di rimborsi delle spese di viaggio e di soggiorno da parte di enti previdenziali e assicurativi.

8. di essere a conoscenza che ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n° 196 del 30.06.2003 i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Allega la fotocopia di un proprio documento di identità personale.

Mogorella, \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE \_\_\_\_\_

**U.S.L. \_\_\_\_\_ Servizio di \_\_\_\_\_**

**Referto ematologico**

Si attesta che \_\_l\_\_ Sig. \_\_\_\_\_  
nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_

risulta affett\_\_ da \_\_\_\_\_ considerata nella Legge Regionale della Regione  
Autonoma Sardegna n° 27 del 25/11/1983..

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 \_\_l\_\_ paziente deve periodicamente presentarsi per la effettuazione delle terapie o esami  
connessi allo specifico status morbosus

- ed è stato interrotto in data \_\_\_\_\_ peraltro \_\_l\_\_ 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

AZIENDA U.S.L. N° \_\_\_\_\_ SERVIZIO DI \_\_\_\_\_

**CERTIFICAZIONE DIAGNOSTICA**

Si certifica che \_\_\_\_l\_\_\_\_ Sig. \_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
risulta affetto/a da \_\_\_\_\_ considerata nella Legge regionale della Regione  
Autonoma Sardegna n° 27 del 25 novembre 1983.

La diagnosi è stata 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_