

Al Comune di Sesto Campano
Al Responsabile Settore Affari Generali
Servizio politiche sociali

OGGETTO: DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI UN CONTRIBUTO STRAORDINARIO, A TITOLO DI RIMBORSO SPESE PER TRASPORTO DIALIZZATI ANNUALITÀ 2022.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____) il ____/____/____ e residente nel Comune di Sesto Campano , alla Via _____ n. _____ Domicilio (<i>se diverso dalla residenza</i>) _____ CF: _____ Tel. (casa) _____ (Cell.) _____ e-mail: _____

di seguito denominato richiedente
in qualità di (barrare la voce che interessa)
 Richiedente dializzato
 Tutore/curatore/amministratore di sostegno

PRESENTA DOMANDA DI RIMBORSO
(da compilare solo se il Richiedente è diverso dal Beneficiario)

Per il/sig./sig.ra _____ nato a _____ (____)
il _____ residente nel Comune di Sesto Campano (IS) in Via/Piazza
_____ n° _____ codice fiscale
_____ telefono _____

(indicare solo se diverso dalla residenza)

domiciliato a _____ (____) CAP _____ in Via/Piazza

di seguito denominato beneficiario

A tal scopo, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e successive modifiche, sotto la propria personale responsabilità, cosciente delle conseguenze penali cui può andare incontro in caso di affermazioni false o contenenti dati non veritieri ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000 e successive modifiche ed informato/a che qualora si accerti la non veridicità del contenuto della dichiarazione decadrà dal beneficio eventualmente conseguito ai sensi dell'art. 75 D.P.R. 445/2000 e successive modifiche

DICHIARA

1. Che il beneficiario è residente a Sesto Campano, alla data di scadenza dell'avviso pubblico per l'accesso alla presente domanda;

2. Che il beneficiario è in trattamento dialitico;

RICHIEDE

che il pagamento del contributo eventualmente spettante venga effettuato con la seguente modalità:

- Riscossione diretta presso la tesoreria del Comune di Sesto Campano
 Accredito su c/c al seguente IBAN (intestato o co-intestato al beneficiario):

Solo nel caso in cui il beneficiario intendesse delegare un terzo alla riscossione del contributo, si chiede di barrare e compilare la seguente dichiarazione:

DELEGA il/la Sig./Sig.a _____
nato a _____ il _____, residente a
_____ in Via/Piazza _____
n. _____, C.F. _____ a riscuotere per mio conto il contributo di cui
sopra, secondo la seguente modalità:

Accredito su c/c al seguente IBAN:

intestato a:

C.F. _____

Si allega:

- 1) Copia di un documento di identità valido del soggetto richiedente;
- 2) Copia di un documento di identità valido del soggetto (o del legale rappresentante dell'associazione) eventualmente delegato a riscuotere il contributo;
- 3) Copia ISEE ordinario 2023 del soggetto beneficiario e/o Dichiarazione dei redditi relativa all'anno 2022;
- 4) Copia certificazione attestante la necessità di effettuare la dialisi;

Data _____ Firma del richiedente _____

Dichiaro di essere informato/a che, ai sensi del Regolamento generale sulla protezione dei dati UE 2016/679 e, in ossequio alla normativa vigente, i dati forniti saranno trattati dal Comune di Sesto Campano esclusivamente nell'ambito della presente procedura e saranno oggetto di trattamento mediante strumenti, anche informatici, idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza, limitatamente e per il tempo necessario agli adempimenti relativi all'istanza.

Esprimo, ai sensi della normativa vigente, il consenso al trattamento dei miei dati personali in relazione all'istanza in oggetto.

Data _____ Firma del richiedente _____