

OGGETTO: L.R. 27/83 - richiesta provvidenze a favore dei talassemici, emofilici ed emolinfopatici maligni - ANNO \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

La concessione a decorrere dal 1° gennaio 2012 delle provvidenze di cui all'oggetto  
 per se  
 in qualità di genitore o tutore in favore di \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_.

A tal fine consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite penalmente ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, e che, in caso di dichiarazioni false o non più rispondenti al vero, decadrebbe immediatamente dal beneficio acquisito ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445

### DICHIARA

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

- Di non aver diritto a rimborsi, per lo stesso titolo, da parte di Enti previdenziali e assicurativi
- Che il nucleo familiare, ai sensi della L.R. 27/1983, è composto da:  
per nucleo familiare, ai fini della presente legge, deve intendersi:  
> nel caso di talassemico o emofilico o emolinfopatico coniugato, quello costituito dall'interessato stesso e, se conviventi, dal coniuge e figli minori;  
> nel caso di talassemico o emofilico o emolinfopatico minorenne celibe o nubile, quello costituito dall'interessato stesso e, se conviventi, dai genitori e fratelli minori

\* precisare nello spazio apposito se si tratta di (D) dichiarante, (C) coniuge, (F) figlio, (G) genitore, (A) altro

Grado P.	Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Reddito
			€
			€
			€
			€
			€

- Che il reddito netto effettivo del proprio nucleo familiare, ai sensi dell'art. 3, comma 2 della L.R. n. 27/83, per l'anno \_\_\_\_\_ è stato di €. \_\_\_\_\_;

Il sottoscritto chiede, inoltre, che il pagamento del contributo sia effettuato nel modo indicato:

contanti presso la Tesoreria Comunale (per importo inferiore a € 1.000,00)

Accredito su C/C Bancario

Accredito su C/C Postale

Codice IBAN intestato al beneficiario o cointestato:

PA ESE	CIN EUR	C IN	ABI	CAB	CONTO CORRENTE

delega a favore di : \_\_\_\_\_

Allega:

\_certificazione sanitaria attestante lo status di talassemico, emofilico o emolinfopatico

\_eventuale atto di delega

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Allega documento d'identità

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

