Allegato A

Al Comune di _____

OGGETTO: Richiesta provvidenze economiche L.R. 9/2004 art. 1) lett. f).

___l___sottoscritt_____ nat___a_____
(cognome) (nome)

(_____) il _____residente a _____(_____)
(prov.) (prov.)

in Via_____n._____
(indirizzo)

Chiede di poter beneficiare delle provvidenze economiche previste dalla L.R. 9/2004.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione non veritiere, d'informazione o 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 soggiorno 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 personali 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_____
(luogo) (data)

IL DICHIARANTE

_____