

**Oggetto: LL.RR N.11/1985 E N.43/1993 RICHIESTA RIMBORSI IN FAVORE DI SOGGETTI NEFROPATICI.**

Il/La                      Sottoscritto/a.....                      nato/a  
a.....Il....., Codice fiscale.....,  
e residente a ..... in via.....  
Telefono/cellulare (obbligatorio).....

IN qualità di beneficiario

IN nome e per conto del proprio familiare (indicare parentela).....:

IN qualità di Legale Rappresentante del:  minore  interdetto  inabilitato  amministrato:

Nome e cognome..... nato/a a.....

Il....., Codice fiscale....., e  
residente a BULZI in via.....

Telefono/cellulare (obbligatorio).....

**CHIEDE**

di poter beneficiare di quanto disposto dalla Legge Regionale N. 11 del 08.05.1985 s.m.i.  
(Provvidenze a favore dei nefropatici);

A tal scopo allega i seguenti documenti:

- DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLA CERTIFICAZIONE;
- REFERTO MEDICO;
- CERTIFICAZIONE DIAGNOSTICA;
- EVENTUALE CERTIFICAZIONE ACCOMPAGNATORE.
- CERTIFICAZIONE REDDITUALE (CUD; MOD.730, ..)
- ATTESTAZIONE ISEE SOCIO SANITARIO (VALIDO)
- ALTRO \_\_\_\_\_

A tal fine, **DICHIARA**

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di  
atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

➤ Di essere in trattamento dialitico a partire dal.....;

- Di sottoporsi, con la regolarità che la propria patologia richiede, alle prestazioni sanitarie specifiche, in comuni diversi da quello di residenza;
- 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 e regionali;
- Che il proprio nucleo familiare e relativi redditi sono quelli riportati nella tabella seguente:

<b>Nominativo</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Rapporto parentela</b>	<b>Attività</b>	<b>Reddito netto annuo</b>

**ANNO DI RIFERIMENTO** \_\_\_\_\_ **TOT. REDDITO ANNUO NUCLEO** \_\_\_\_\_

- **Che il personale e totale reddito del soggetto beneficiario per l'anno** \_\_\_\_\_ **è di euro** \_\_\_\_\_

**DICHIARA**, altresì

- Di impegnarsi a fornire ogni documento comprovante la propria situazione sanitaria ed economica, eventualmente richiesto dal Servizio Sociale;
- Di autorizzare, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 così come integrato dal Dlgs. 101/2018 l'uso da parte dell'Amministrazione Comunale dei dati conferiti per l'istruttoria della presente istanza.

Luogo,.....

Data,.....

**FIRMA DEL DICHIARANTE**

.....

- ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA'