



COMUNE DI NEONELI

Provincia di Oristano

C.A.P. 09080 Via Roma, 83-Tel. 0783/67747-Fax 0783/67764

www.comune.neoneli.or.it - info@comune.neoneli.or.it -

protocollo@pec.comune.neoneli.or.it

AL COMUNE DI NEONELI

Ufficio Servizi Sociali

OGGETTO: LL. R.R. 6/2004 e 9/2004: Richiesta riconoscimento e liquidazione provvidenze anno _____.

Il / La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ e
residente a Neoneli in via _____ n° _____ C.F. _____

CHIEDE

Per se

per _____ nato/a a _____ il _____
e residente a Neoneli in via _____ n° _____ C.F. _____

di poter beneficiare delle provvidenze previste dalle L.L. R.R. 6/2004 e 9/2004 relativamente a quelle spettantegli in base alla certificazione presentata.

A tal fine allega alla presente:

- 1) certificazione diagnostica in originale rilasciata da uno dei presidi pubblici di diagnosi e cura ospedalieri o universitari attestante la patologia prevista dalla L.R. n. 9/04;
- 2) dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante:
 - il reddito del nucleo familiare relativa all'anno _____;
 - la nascita, la residenza e lo stato di famiglia;
 - di non usufruire di rimborsi per lo stesso titolo da parte di enti previdenziali o assicurativi;
 - l'indicazione della sede (centro ospedaliero o universitario autorizzato) in cui il trattamento viene effettuato, nonché la precisa indicazione del mezzo di trasporto utilizzato (pubblico o privato) per il raggiungimento della medesima sede e l'indicazione della distanza percorsa per l'effettuazione delle terapie e degli esami connessi allo specifico status morbosus.
- 3) Eventuale richiesta di accreditamento o delega per riscossione benefici.

Si impegna altresì a presentare la certificazione in originale attestante il trattamento e le cure effettuate nell'anno 2011 presso centri ospedalieri o universitari autorizzati che attestino la regolarità alle prestazioni sanitarie specifiche che la propria affezione richiede e contenente l'indicazione precisa del numero delle visite fatte e in caso di dubbio la specifica che le visite e i controlli fatti sono relativi alla patologia per cui si chiede il sussidio.

INFORMATIVA RESA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003

Il Comune La informa che:

a) Il trattamento dei dati conferiti con la presente istanza/dichiarazione è finalizzato allo sviluppo del procedimento amministrativo per l'erogazione del servizio e per la definizione dell'eventuale contribuzione a carico dell'utente e sarà effettuato con modalità informatizzate e/o manuali;

b) Il trattamento comporta operazioni relative anche a dati sensibili, per i quali è individuata rilevante finalità di interesse pubblico nel rispetto di quanto previsto dal D.lgs. n. 196/03;

c) I dati conferiti potranno essere comunicati totalmente o in parte, qualora necessario, ad altri uffici del Comune e ad altri soggetti pubblici e privati che, in base a convenzione, e/o accordi stipulati con lo stesso Comune, sono tenuti al trattamento dei dati necessari allo sviluppo del suddetto procedimento amministrativo o attività correlate e successive. Ai sensi dell'art.24 del D.lgs. 196/2003 tale trattamento rientra nei casi nei quali può essere effettuato senza consenso espresso dall'interessato.

d) Il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e successivi adempimenti collegati al procedimento amministrativo e il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l'annullamento del procedimento per l'impossibilità a realizzare l'istruttoria necessaria;

e) Il dichiarante può esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 (modifica, aggiornamento, cancellazione dei dati, ecc.), tuttavia la richiesta di cancellazione dei dati comporta l'esclusione dal Servizio;

f) Il titolare del trattamento è il Comune di Neoneli, con sede legale in via Roma 83- 09080 Neoneli; il responsabile del trattamento è il Responsabile del procedimento a cui è assegnata la pratica.

Data _____

IL DICHIARANTE

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI
(art. 47 DPR 28/12/2000 n° 445)

I Sottoscritt_ _____ nato/a
_____ il _____

con residenza anagrafica nel Comune di Neoneli e abitazione nel Comune di _____

Via _____ n. _____ Tel _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione non veritiera di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 238 dicembre 2000

D I C H I A R A

- Dichiaro che il reddito netto effettivo del proprio nucleo familiare, per l'anno _____ ammonta a €. _____.

- di non usufruire di rimborsi per lo stesso titolo da parte di enti previdenziali o assicurativi;

- di recarsi per l'effettuazione delle visite, controlli e trattamenti terapeutici

- presso _____

che per il raggiungimento delle strutture sopraindicate ha fatto uso:

- di mezzo pubblico (SI) (NO)

- di mezzo proprio (SI) (NO)

che la distanza percorsa per raggiungere la sede risulta essere:

da Neoneli a _____ e viceversa Km _____;

da Neoneli a _____ e viceversa Km _____;

da Neoneli a _____ e viceversa Km _____;

Neoneli, lì _____

Il/La Dichiarante

INFORMATIVA RESA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003

Il Comune La informa che:

a) Il trattamento dei dati conferiti con la presente istanza/dichiarazione è finalizzato allo sviluppo del procedimento amministrativo per l'erogazione del servizio e per la definizione dell'eventuale contribuzione a carico dell'utente e sarà effettuato con modalità informatizzate e/o manuali;

b) Il trattamento comporta operazioni relative anche a dati sensibili, per i quali è individuata rilevante finalità di interesse pubblico nel rispetto di quanto previsto dal D.lgs. n. 196/03;

c) I dati conferiti potranno essere comunicati totalmente o in parte, qualora necessario, ad altri uffici del Comune e ad altri soggetti pubblici e privati che, in base a convenzione, e/o accordi stipulati con lo stesso Comune, sono tenuti al trattamento dei dati necessari allo sviluppo del suddetto procedimento amministrativo o attività correlate e successive. Ai sensi dell'art.24 del D.lgs. 196/2003 tale trattamento rientra nei casi nei quali può essere effettuato senza consenso espresso dall'interessato.

d) Il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e successivi adempimenti collegati al procedimento amministrativo e il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l'annullamento del procedimento per l'impossibilità a realizzare l'istruttoria necessaria;

e) Il dichiarante può esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 (modifica, aggiornamento, cancellazione dei dati, ecc.), tuttavia la richiesta di cancellazione dei dati comporta l'esclusione dal Servizio;

f) Il titolare del trattamento è il Comune di Neoneli, con sede legale in via Roma 83- 09080 Neoneli; il responsabile del trattamento è il Responsabile del procedimento a cui è assegnata la pratica.

Data _____

IL DICHIARANTE

OGGETTO: Richiesta di accreditamento o delega per riscossione benefici LL. RR. 06/2004-09/2004 anno _____.

Il / La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ e residente a Neoneli in via _____ n° _____ C.F. _____

CHIEDE

L'accreditamento delle somme dovute da codesto Comune ai sensi della LL. RR. n. 06/200-09/2004 per l'anno _____ sul _____ n. _____ intestato a _____ presso il _____ sede di _____

Codice IBAN _____

Oppure

DELEGA

Il Sig _____ nat_ a _____ il _____ e residente a Neoneli in via _____ n° _____ C.F. _____

Alla riscossione delle somme dovute da codesto Comune ai sensi della LL. RR. n. 06/2004 e 09/2004 per l'anno _____.

Neoneli, li _____

In Fede _____

INFORMATIVA RESA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003

Il Comune La informa che:

Il trattamento dei dati conferiti con la presente istanza/dichiarazione è finalizzato allo sviluppo del procedimento amministrativo per l'erogazione del servizio e per la definizione dell'eventuale contribuzione a carico dell'utente e sarà effettuato con modalità informatizzate e/o manuali;

b) Il trattamento comporta operazioni relative anche a dati sensibili, per i quali è individuata rilevante finalità di interesse pubblico nel rispetto di quanto previsto dal D.lgs. n. 196/03;

c) I dati conferiti potranno essere comunicati totalmente o in parte, qualora necessario, ad altri uffici del Comune e ad altri soggetti pubblici e privati che, in base a convenzione, e/o accordi stipulati con lo stesso Comune, sono tenuti al trattamento dei dati necessari allo sviluppo del suddetto procedimento amministrativo o attività correlate e successive. Ai sensi dell'art.24 del D.lgs. 196/2003 tale trattamento rientra nei casi nei quali può essere effettuato senza consenso espresso dall'interessato.

Il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e successivi adempimenti collegati al procedimento amministrativo e il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l'annullamento del procedimento per l'impossibilità a realizzare l'istruttoria necessaria;

g) Il dichiarante può esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 (modifica, aggiornamento, cancellazione dei dati, ecc.), tuttavia la richiesta di cancellazione dei dati comporta l'esclusione dal Servizio;

h) Il titolare del trattamento è il Comune di Neoneli, con sede legale in via Roma 83- 09080 Neoneli; il responsabile del trattamento è il Responsabile del procedimento a cui è assegnata la pratica.

Data _____

IL DICHIARANTE

CERTIFICAZIONE DIAGNOSTICA

Si _____ certifica _____ che _____ _l_ _____ Sig./ra

_____ nato/a a _____ il _____ con residenza anagrafica nel Comune di _____ e

abitazione nel Comune di _____ Via _____ n. _____

risulta affetto/a dalle patologie previste ai sensi della L.R. n. 9/2004 art. 1 lett.f).

Si rilascia il presente certificato su richiesta dell'interessato per gli usi consentiti dalla legge.

_____, lì _____

Reparto

Il Dirigente Medico del

AZIENDA USL N _____
SERVIZIO DI _____

Si attesta che il Sig. _____ nato/a _____ a
_____ il _____ con residenza anagrafica nel
Comune di _____ e abitazione nel Comune di
_____ Via _____
n. _____ risulta affetto/a da _____
considerata nella Legge Regionale 6/2004 e 9/2004.

La patologia 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 il paziente deve presentarsi periodicamente per la effettuazione delle terapie o
esami connessi allo specifico status morbosus ed è stato interrotto in data
_____; peraltro il paziente, data la possibilità di ricadute e di
conseguenze della malattia e della terapia praticata, deve periodicamente
presentarsi per visita medica esami e trattamenti terapeutici.

Si rilascia il presente certificato su richiesta dell'interessato per gli usi consentiti dalla
legge.

Il Responsabile Sanitario

Il Medico del Reparto
