

Istanza per l'erogazione di contributi a sostegno delle famiglie residenti a Bortigali in cui è presente un componente minore affetto da malattia rara o autoimmune che necessita di cure mediche fuori dal territorio regionale.

Anno 2020

SCADENZA PRESENTAZIONE 10.12.2020

**AL COMUNE DI BORTIGALI
SERVIZIO SOCIO – CULTURALE
Via Umberto I, 6
08012 BORTIGALI (NU)**

Pec: protocollo@pec.comune.bortigali.nu.it

Il sottoscritto _____

Cod.Fiscale _____

Nato a _____ il _____

Residente a BORTIGALI in Via/Loc. _____ n. _____

Recapito Telefonico _____ e-mail _____

CHIEDE

di poter beneficiare dei contributi a sostegno delle famiglie residenti a Bortigali in cui è presente un componente minore affetto da malattia rara o autoimmune che necessita di cure mediche fuori dal territorio regionale. Anno 2020

A tale scopo, **consapevole delle sanzioni penali in caso di false dichiarazioni**, sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR n. 445/2000

DICHIARA:

- di essere cittadino italiano o appartenente all'Unione Europea;
oppure:
- di essere cittadino non appartenente all'Unione Europea e di essere titolare di permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o di carta di soggiorno;
- di essere residente nel Comune di Bortigali;
- che il proprio figlio minore

_____ nato/a _____ il _____

è affetto da malattia rara o autoimmune come si desume dal certificato medico in data _____ rilasciato dalla struttura pubblica o convenzionata

Denominazione

con sede in _____ Via _____

- che il proprio figlio minore nato/a _____ il _____ accompagnato da _____ nato/a _____ il _____ in qualità di _____ ha effettuato i seguenti viaggi fuori dalla Sardegna per visite mediche, ricovero ospedaliero o ricovero in regime di day hospital:
- data _____ località _____
 - data _____ località _____
 - data _____ località _____
 - data _____ località _____
 - data _____ località _____
- di essere a conoscenza delle disposizioni e condizioni contenute nell'avviso pubblico e di accettarle tutte integralmente ed incondizionatamente;
- di essere a conoscenza che, nel caso di concessione del contributo, potranno essere eseguiti dal Servizio Sociale del Comune di Bortigali, ai sensi degli artt. 71 e seguenti del D.P.R. 445/00, controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite.

Si allega alla presente:

- Copia di un documento di identità personale e codice fiscale in corso di validità del richiedente
- Copia di un documento di identità personale e codice fiscale in corso di validità dell'accompagnatore
- Copia del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo/carta di soggiorno per i cittadini che non appartengono ai Paesi dell'Unione Europea;
- Certificato medico rilasciato dalla struttura sanitaria pubblica o convenzionata situata fuori dalla Sardegna dalla quale emergano i dati anagrafici del minore in carico, la patologia se rientrante tra le malattie rare o autoimmuni, i dati anagrafici dell'accompagnatore*, i giorni di effettuazione delle visite, del ricovero ospedaliero o dell'eventuale ricovero in regime di day hospital;
- Originale delle pezze giustificative intestate al minore e all'accompagnatore relative alle spese sostenute per trasporto aereo, marittimo e terrestre, vitto e alloggio con pernottamento fuori dalla Sardegna, debitamente quietanzate dalle quali si evinca chiaramente il nome del minore e dell'accompagnatore, il mese e giorni di riferimento e l'importo pagato ed ogni altra documentazione atta a comprovare la spesa sostenuta per garantire il diritto alla salute del minore.

SCelta DELLA MODALITA' DI LIQUIDAZIONE DEL CONTRIBUTO

Il/La sottoscritto/a chiede che la liquidazione del contributo in oggetto venga effettuata mediante:
(si prega di effettuare una sola scelta)

ACCREDITO IN CONTO CORRENTE BANCARIO:

BANCA _____ AG./FILIALE DI _____

CODICE IBAN (27 caratteri) _____

ACCREDITO IN CONTO CORRENTE POSTALE:

UFFICIO

POSTALE _____

CODICE IBAN (27 caratteri) _____

RIMESSA DIRETTA CONTANTI PRESSO TESORERIA COMUNALE

(Si specifica che le rimesse dirette verranno effettuate solo a favore del sottoscrittore della domanda di erogazione dei contributi in oggetto).

Data _____

Firma

Io sottoscritt___ acconsento al trattamento dei dati ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", e del regolamento (UE) n. 2016/679 (GDPR)

Data _____

Firma del richiedente
