

**Spett.le COMUNE DI CARGEGHE**  
Al Responsabile del Settore Servizi Sociali  
Via Brigata Sassari,1  
07030 Cargeghe

**OGGETTO:** Richiesta provvidenze a favore dei Nefropatici. LL.RR. n.11/1985 e n. 43/1993.

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, Prov. di \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter beneficiare delle provvidenze previste dalle Leggi Regionali n. 11/85 e n. 43/93

in suo favore.

in favore di (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, Prov. di \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

relazione di parentela: \_\_\_\_\_ Tel. n. \_\_\_\_\_,

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR 445/2000,

**DICHIARA**

1. che la composizione del proprio nucleo familiare è la seguente:

n°	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Parentela
1				<i>Richiedente</i>
2				
3				
4				
5				

2. di non usufruire per la stessa patologia di rimborsi per spese di viaggio, soggiorni e sussidi da parte di Enti previdenziali o assicurativi
3. che il reddito complessivo netti (1) del proprio nucleo familiare (2) per l'anno \_\_\_\_\_ è stato di complessivi Euro \_\_\_\_\_ (ai fini della determinazione del reddito complessivo non si considerano le rendite INAIL, le pensioni di invalidità civile e l'assegno di accompagnamento)
4. di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 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 per cui presta il suo consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.
5.  di essere stato trapiantato in data \_\_\_\_\_  Di non essere stato trapiantato

**Allega:**

Certificato medico attestante lo status di nefropatico sottoposto a regolare trattamento dialitico rilasciato da presidio pubblico. Si prescinde dalla presentazione di certificazione attestante lo status di nefropatico qualora la stessa sia stata già presentata in anni precedenti.

Cargeghe li .....

*Firma del richiedente*

(1) Per calcolare il reddito netto dal Mod. CUD: dal reddito complessivo si sottraggono le ritenute IRPEF, l'addizionale comunale e regionale IRPEF dovuta, e l'acconto dell'addizionale comunale IRPEF dovuta; Per calcolare il reddito netto dai Mod 730 e Mod Unico: dal reddito imponibile si sottrae l'imposta netta IRPEF, l'addizionale comunale e regionale IRPEF dovuta, e l'acconto dell'addizionale comunale IRPEF dovuta.

(2) Nel caso di nefropatico coniugato quello costituito dall'interessato stesso e, se conviventi, dal coniuge e figli minori in base alle normative vigenti. Nel caso di nefropatico minorenni celibe o nubile, quello dell'interessato stesso e se conviventi dai genitori e fratelli minori che risultino a carico del capofamiglia in base alle norme vigenti. Nel caso di nefropatico maggiorenne celibe o nubile, ancorché convivente con altri familiari, del solo nefropatico.

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del richiedente all'ufficio competente, via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta.