

Al Signor Sindaco
Comune di Monti

Richiesta provvidenze Legge Regionale n. 9/2004

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

residente in _____ (____) via _____

c.f. _____ telefono _____

CHIEDE PER SE / OVVERO PER

cognome e nome _____
(relazione di parentela)

nato/a _____ il _____ residente _____

Via _____ c.f. _____

Telefono _____

Di beneficiare delle provvidenze previste dalla Legge Regionale n. 9/2004, in base alla certificazione allegata.

A tal fine consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445;

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, di non beneficiare, a causa della propria patologia, di altre forme di assistenza economica erogate dallo Stato, dalla Regione o da altri Enti pubblici o privati, relativa a rimborsi spese di viaggio e soggiorno.

Allega i seguenti documenti:

- Certificazione medica, in originale, attestante la patologia, rilasciata da Centri Ospedalieri o Universitari (come da allegato)
- Documentazione reddituale del nucleo familiare
-

Inoltre dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente viene resa.

Monti li _____

Il/La Richiedente
