

Al Comune di **ES CALAPLANO**

**OGGETTO: Richiesta provvidenze economiche L.R. 9/2004 art. 1) lett. f).**

\_\_\_\_l\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)  
(\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
(prov.) (prov.)  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(indirizzo)

**Chiede di poter beneficiare delle provvidenze economiche previste dalla L.R. 9/2004.**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione non veritiere, d'informazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

**DICHIARA**

- Di non percepire, per la stessa patologia, di altre provvidenze assistenziali relative a rimborsi per le spese di viaggio, soggiorno e sussidi.
- Che il reddito netto percepito dal proprio nucleo familiare, composto da n. \_\_\_\_\_ persone, è di complessivi € \_\_\_\_\_ per l'anno \_\_\_\_\_

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 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.

Si allega certificazione rilasciata dal Presidio di Diagnosi e cura \_\_\_\_\_

Escalaplano lì \_\_\_\_\_  
(data)

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_