



Comune di  
**Sedilo**

Provincia di Oristano

**Area Servizi alla Persona**  
Ufficio Servizi Sociali

---

Al Responsabile del Servizio Sociale  
Comune di Sedilo  
Piazza San Giovanni snc  
09076 · Sedilo (OR)

Oggetto: **L.R. N. 9/2004 provvidenze a favore di persone affette da neoplasia maligna**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a Sedilo in via \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

Di poter beneficiare per l'anno 201\_ delle provvidenze previste dalla legge regionale in oggetto, impegnandosi a presentare le attestazioni rilasciate dalla ASL relativa agli accessi per l'espletamento delle cure necessarie per la patologia di che trattasi.

#### AUTOCERTIFICAZIONE

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali nei casi di false attestazioni e dichiarazioni mendaci previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, il sottoscritto

#### DICHIARA

- Di essere affetto da \_\_\_\_\_ (si allega certificato diagnostico);
- Di essere in cura presso il presidio ospedaliero di \_\_\_\_\_;
- Che il proprio nucleo familiare (dati conformi agli atti dell'anagrafe del Comunale) è così composto dalle persone indicate nell'attestazione ISEE;
- che il reddito netto del proprio nucleo familiare, per l'anno \_\_\_\_\_ è stato di €

\_\_\_\_\_;

- di non beneficiare di rimborsi per lo stesso titolo, da parte di enti previdenziali o assicurativi o di altri enti anche sulla base di normative statali e regionali;
- Di acconsentire al trattamento dei dati personali, ai sensi della normativa vigente in materia

SI ALLEGANO ALLA PRESENTE:

- copia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità
- copia dell'attestazione dell'ISEE Indicante il dato Socio – sanitario e Ordinario, in corso di validità, non DSU;
- certificato diagnostico attestante la patologia;
- copia della dichiarazione dei redditi del nucleo familiare.

Firma

Sedilo, lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_