

OGGETTO: Richiesta provvidenze economiche ai sensi della L.R. 9/2004 – art.1 – lett. F  
Sussidi per le persone affette da neoplasia maligna

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
cod. fiscale \_\_\_\_\_ residente a Quartu Sant'Elena in  
via/p.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_ Pec \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di poter beneficiare delle provvidenze previste dalla L.R. n. 9/2004. A tal fine, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni 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, altre provvidenze assistenziali relative a rimborsi delle spese di viaggio e di soggiorno e sussidi;
- 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 la certificazione rilasciata dal seguente Presidio di Diagnosi e cura:

\_\_\_\_\_

Quartu Sant'Elena, \_\_\_\_\_

Il Richiedente \_\_\_\_\_

### Documentazione allegata alla presente domanda:

1. copia di un documento di identità in corso di validità;
2. copia del codice fiscale;
3. certificazione rilasciata da un Ente Ospedaliero o universitario, attestante la data di riconoscimento della neoplasia;
4. certificazione attestante i viaggi effettuati presso le strutture ospedaliere per effettuare la terapia (che si possono inviare anche successivamente alla presentazione della richiesta)
5. copia del codice IBAN

Oggetto: Trasmissione codice IBAN

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

comunica il codice IBAN

\_\_\_\_\_

del conto corrente aperto presso \_\_\_\_\_

della carta prepagata rilasciata da \_\_\_\_\_

intestato al beneficiario del contributo/sussidio

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente in Quartu Sant'Elena,

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

per l'accreditamento dei contributi / sussidi inerenti alla **L.R. 9/2004 (Neoplasie)**

Firma \_\_\_\_\_

NOTA AL FINE DI EVITARE ERRORI DI TRASCRIZIONE O DI INTERPRETAZIONE DEL CODICE IBAN ALFANUMERICO, È PREFERIBILE ACCLUDERE ALLA SEGUENTE COMUNICAZIONE FOTOCOPIA DEL CODICE IBAN (COME GIA' INDICATO NEL PUNTO 5. DEL MODULO RICHIESTA)