

AL COMUNE DI SAN SPERATE
UFFICIO SERVIZI SOCIALI
Via Sassari n. 12
CAP 09026 SAN SPERATE

Oggetto: **RICHIESTA PROVVIDENZE AI SENSI DELLA L.R. 27 DEL 25.11.1983 E SS.MM.II.**

____ I ____ sottoscritt _____
nat ____ a _____ il _____
residente a San Sperate in Via _____ n. ____
Telefono n. _____ Email _____
Codice Fiscale _____

affetto da : _____,

- **CHIEDE** per se stesso;
- **CHIEDE** per _____ nat ____ a _____
il _____ residente a San Sperate in Via _____ n. ____
Codice Fiscale _____

di poter beneficiare delle provvidenze previste dalla Legge Regionale n. 27 del 25.11.1983, relativamente a quelle spettantegli in base alla certificazione allegata.

Dichiara, inoltre, sotto la propria responsabilità, di non aver diritto, per lo stesso titolo, e comunque di non usufruire, a rimborsi delle spese di viaggio e di soggiorno da parte di enti previdenziali ed assicurativi.

Allo stesso fine allega, inoltre, i seguenti documenti:

- 1) Referto ematologico, corredato da relativa certificazione diagnostica, entrambi in originale, rilasciati da uno dei presidi pubblici di diagnosi e cura di cui all'art. 1 della L.R. n. 27 del 25.11.1983;
- 2) Dichiarazione **I.S.E.E.** ordinario e/o socio/sanitario;

Si impegna, inoltre, a presentare, entro il 1° Luglio di ogni anno, la dichiarazione prevista al punto 2).

Data _____

FIRMA
