**MODELLO RICHIESTA CONTRIBUTO**

**Spett.le COMUNE DI CAMERANO**

 **Via San Francesco,24**

 **60021 Camerano (AN)**

**PEC: comune.camerano@halleycert.it**

**Oggetto: Richiesta contributo economico a parziale copertura della spesa per prestazioni sanitarie infermieristiche integrative.**

Il/La sottoscritto/a ........................................................................... nato/a a .................................. (…..)

il .................................. Codice fiscale ...................................................................................................

residente in via …………………………………….n….. Comune di .................................................. (….)

Tel. .................................. .………..cellulare……………………………………..……………………..……..

**CHIEDE**

l’erogazione del contributo di cui all’oggetto

A tal fine, sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai fini dell’erogazione del contributo di cui all’oggetto,

# D I C H I A R A

#

# □ di essere disabile ex L.104/92;

□ di avere un’età superiore a 65 anni;

□ di non appartenere a nessuna delle due categorie sopra riportate

* ovvero di richiedere il contributo per \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cittadino di età inferiore ad anni 18 inserito nel proprio nucleo familiare;
* che le spese sostenute per prestazioni infermieristiche integrative sono le seguenti:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fattura (n° e data)** | **emessa da** | **Descrizione della prestazione** | **Nominativo del professionista** |  | **Data e ora della prestazione** | **Importo** |
|   |   |   |  |  |  | €  |
|   |   |   |  |  |  | €  |
|   |   |   |  |  |  | €  |
|   |   |   |  |  |  | €  |
|   |   |   |  |  |  | €  |
|   |   |   |  |  |  | €  |
|   |   |   |  |  |  | €  |
|   |   |   |  |  | €  |
|   |   |  |  |  | **TOTALE**  |  €  |

* che la spesa sostenuta e per la quale si chiede l’erogazione del beneficio economico non è stata oggetto di ulteriore contributo pubblico;
* che il valore della propria attestazione ISEE\* è pari ad €……………………………..

\*N.B. (qualora non venga dichiarato l’importo ISEE, verrà considerato automaticamente quello relativo alla fascia > a €. 10.389,46);

**CHIEDE**

* che il contributo concesso sia versato:

a favore di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sul c/c bancario/postale n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Camerano, ………………

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai fini della liquidazione si allega:

1. copia di un documento di identità del dichiarante
2. copia delle fatture quietanzate per le quali si richiede il contributo

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n.196/2003 e del Regolamento 27 aprile 2016, n. 2016/679/UE, noto come GDPR (General Data Protection Regulation), che i dati personali raccolti sono obbligatori per il corretto svolgimento della presente procedura e saranno trattati, con strumenti manuali e/o informatici e con modalità cartacee e/o informatiche, esclusivamente per le finalità ed attività istituzionali dell’Ente.

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_