

Protocollo N. _____

Del _____

COMUNE DI VENOSA

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

**RICHIESTA CONTRIBUTO SOCIO-ASSISTENZIALE
TALASSEMICI**

ANNO _____

Il/la sottoscritt _____ nat a _____ il _____

Residente a _____ in via _____ C.F. _____

Genitore/tutore del minore _____ nat il _____ tel. _____

CHIEDE

che gli/le sia concessa il contributo economico per l'anno _____ prevista dalla L.R. n. 22/82, così come modificata dalla L.R. n. 26/89, per i cittadini residenti riconosciuti affetti da gravi malattie del sangue¹ ;

DICHIARA

sotto la propria responsabilità di avere a suo carico n.° _____ persone.

ALLEGA:

- certificato medico della struttura pubblica in busta chiusa;
- dichiarazione resa ai sensi dell'art.46 del D.P.R. n.445/2000 relativamente al reddito percepito dal dichiarante al 31 dicembre dell'anno precedente;
- eventuale atto di delega (ai sensi del D.P.R. 445/200, art. 21) per il ritiro delle spettanze;
- decreto di autorizzazione rilasciato dal giudice tutelare per riscuotere il contributo spettante al minore.

Dichiara, infine, di scegliere la seguente modalità di pagamento:

- quietanza diretta .
- accredito sul c/c bancario (intestato al Beneficiario).....
.....
.....

Potenza , _____

FIRMA

¹ art.1 L.R. n. 26/89 “*Cittadini residenti in Basilicata riconosciuti affetti da talassemia, da emofilia, da emolinfopatia maligna e da immuno deficit grave, congenito o acquisito, nonchè nei confronti dei cittadini già affetti da tali forme morbose e sottoposti a trapianto di midollo osseo e che necessitano di interventi terapeutici e di controllo in forma continuativa*”.