All’Ufficio Servizi Sociali – Comune di Roccarainola

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cod. Fisc.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla

via/corso/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono

fisso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere ammesso ai trattamenti sanitari gratuiti nell’ambito del “Progetto PNES – INMP – ASL Napoli3Sud – Contrasto alla povertà sanitaria”.

A tal fine, dichiara, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47, del D.P.R. 28/12/2000, n.445 e consapevole delle sanzioni civili e penali in cui incorre fornendo dichiarazioni false e/o mendaci:

• Di aver preso visione dell’avviso pubblico per l’ammissione al beneficio economico per il “Progetto PNES – INMP – ASL Napoli3Sud – Contrasto alla povertà sanitaria” (spuntare la casella di interesse)

 Di essere Cittadino/a residente nel comune di Roccarainola (NA), con attestazione ISEE, in corso di validità, di importo pari o inferiore ad euro 10.000,00

 Di essere cittadino/a residente nel comune di Roccarainola (NA), titolare di esenzione ticket per reddito N.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Di essere straniero non iscritto/a al SSN e Temporaneamente Presente con codice STP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Di essere cittadino/a Comunitario/a non iscritto/a al SSN con codice ENI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Si allega alla presente:

• Fotocopia del documento d'identità o di riconoscimento del richiedente in corso di validità

• Attestazione ISEE in corso di validità

• Altro tipo di documentazione attestante i requisiti dichiarati

Roccarainola, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del richiedente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorizza il trattamento dei dati personali e particolari dichiarati, ai sensi della vigente normativa in materia (D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e Regolamento UE 2016/679) ed è consapevole che gli stessi saranno utilizzati per tutte le finalità collegate al presente avviso. Il domandante si impegna, altresì, a comunicare, con assoluta tempestività, una qualsivoglia variazione di quanto dichiarato e comunicato.

Roccarainola (NA), lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del richiedente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_