

**DOMANDA PER LA CONCESSIONE DI CONTRIBUTI ECONOMICI
PER PRESTAZIONI SANITARIE TERAPEUTICHE O RIABILITATIVE
ANNO 2024**

di cui alla lettera B) punto 3 del Bando Spese Sanitarie

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Codice Fiscale _____

Residente in Treviglio Via/Piazza _____ n. _____

Tel _____ E-mail _____

CHIEDE

di poter beneficiare del contributo economico previsto nell'avviso pubblico comunale per contributi alle spese sanitarie per l'anno 2024 relativamente a:

- spese per la fruizione di prestazioni sanitarie **specialistiche** di carattere **terapeutico e/o riabilitativo** prescritte all'interessato, i cui costi non siano coperti, anche solo in parte, dal S.S.N.;

A tal fine ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo d.p.r. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti

DICHIARA

- di avere residenza nel Comune di Treviglio alla data di presentazione della presente richiesta;
- di essere in possesso di attestazione ISEE ordinario inferiore o uguale a € Euro 20.000,00, in corso di validità;
- invalidità certificata uguale o superiore al 75%, in corso di validità;

che la prestazione sanitaria specialistica di carattere terapeutico e/o riabilitativo per cui è richiesto il contributo:

- non è erogabile dal servizio sanitario nazionale, né da struttura accreditata;
- non è erogabile dal servizio sanitario nazionale, né da struttura accreditata per la totalità dei trattamenti a me prescritti;
- è erogabile dal SSN e/o da struttura accreditata di cui non ho potuto avvalermi per il seguente motivo:

- altro (specificare): _____

In caso di concessione di contributo **RICHIEDE** l'accredito sul seguente conto corrente postale /bancario:

COD. IBAN: _____

Intestato a _____ Residente a _____

in via _____ Cod. Fisc _____

A TAL FINE ALLEGA

- Documento identità in corso di validità
(da non allegare se la firma autografa è apposta di fronte a un pubblico ufficiale)
- Verbale invalidità, in corso di validità.
- Dichiarazione medica della necessità dell'intervento terapeutico o riabilitativo, in relazione alle patologie di cui è affetto l'interessato, comprensiva del numero di prestazioni necessarie e della durata dell'intervento complessivo (utilizzando apposito modulo fac-simile).
- Fotocopia fattura della struttura che ha erogato la prestazione terapeutica o riabilitativa indicante la tipologia dell'intervento fornito, il periodo, il soggetto beneficiario e l'avvenuta quietanza. La quietanza della fattura è attestata sulla fattura stessa dal fornitore e/o mediante presentazione di documento contabile bancario attestante il pagamento, in relazione alla modalità di pagamento effettuata.
- Fotocopia Codice Iban indicato per accredito.

Il conferimento dei dati personali raccolti con il presente modulo non è obbligatorio ma in sua mancanza il Comune di Treviglio potrebbe trovarsi impossibilitato a dare seguito alla pratica in relazione alla quale vengono raccolti i dati, ovvero a erogare il servizio richiesto o a dare riscontro alla Sua comunicazione.

Il Comune di Treviglio la informa che il trattamento dei Suoi dati personali avverrà nel rispetto del Regolamento UE 679/2016 e del D.Lgs. 196/2003, per realizzare le finalità istituzionali dell'Ente e nello specifico per gestire la pratica in relazione alla quale i dati sono raccolti e per gestire la sua istanza.

Per maggiori informazioni la invitiamo a consultare l'informativa pubblicata all'indirizzo http://www.comune.treviglio.bg.it/?q=content/doc_privacy e disponibile su richiesta presso gli uffici dell'Ente, o a rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati personali del Comune di Treviglio al recapito dpo@comune.treviglio.bg.it.

Treviglio, _____

IL DICHIARANTE _____