

**DOMANDA PER LA CONCESSIONE DI CONTRIBUTI ECONOMICI  
PER PRESTAZIONI SANITARIE TERAPEUTICHE O RIABILITATIVE  
ANNO 2023**

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

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in Treviglio Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

IN QUALITA' DI:

- GENITORE IN ACCORDO CON ALTRO GENITORE CON CUI CONDIVIDE RESPONSABILITA' GENITORIALE
- GENITORE ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE IN VIA ESCLUSIVA
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO, TUTORE o CURATORE
- CONIUGE o in sua assenza FIGLIO o, in mancanza di questo, ALTRO PARENTE (indicare la relazione di parentela) \_\_\_\_\_<sup>1</sup>

DI

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a 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 2022 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): \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>In assenza di rappresentante legale /Ads del beneficiario, qualora lo stesso si trovi in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute (da indicarsi espressamente), la sottoscrizione delle presenti dichiarazioni, nel suo interesse, è sostituita dalla dichiarazione resa dal coniuge, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado. (ex art. 4 cc.2 Dpr 445/2000)

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 civile, 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](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](mailto:dpo@comune.treviglio.bg.it).

Treviglio, \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_