

**COMUNE di ORISTANO**

**Settore Servizi alla Persona e Cittadinanza**

Servizi Sociali

**Al Settore Servizi alla Persona e Cittadinanza**

**Ufficio Servizi Sociali**

**del Comune di Oristano**

**OGGETTO: Domanda di rimborso di spese mediche, visite specialistiche e/o accertamenti sanitari – 5x1000, anno d’imposta 2022**

Il**/**La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**In qualità di**

* beneficiario
* coniuge
* figlio
* Tutore legale
* Amministratore di sostegno
* altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

del Sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consapevole che, ai sensi dell’art. art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm., la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall’art. 77 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 in merito alla decadenza;

**CHIEDE**

# il rimborso delle spese mediche, visite specialistiche e/o accertamenti sanitari di cui si allegano le pezze giustificative.

# A TAL FINE DICHIARA:

* che la persona interessata ha un’attestazione Isee sociosanitario 2024 pari a €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
* di aver richiesto la DSU in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prot. N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**DICHIARA, INOLTRE, CHE:**

* le visite mediche, specialistiche e/o accertamenti sanitari di cui si chiede il rimborso non sono già oggetto di rimborso integrale o parziale a carico della Pubblca Amministrazione;

**CHIEDE**, altresì, che il versamento del rimborso a sostegno delle spese di cui al presente Avviso, sia effettuato tramite accredito sul C.C. Bancario intestato:

 al sottoscritto (Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

oppure

 al beneficiario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODICE IBAN

**Allega:**

1. Copia del documento d’identità in corso di validità e Codice Fiscale del beneficiario;
2. Delega presentazione istanza da parte del beneficiario impossibilitato a presentare l’istanza;
3. Copia del documento d’identità in corso di validità e Codice Fiscale della persona delegata;
4. Eventuale Decreto di nomina di Tutela, Curatela o Amministrazione di Sostegno nei casi previsti;
5. Copia delle ricevute di pagamento delle visite mediche, specialistiche e/o accertamenti sanitari;
6. Documento delle Poste o della Banca attestante l’IBAN sul quale effettuare il rimborso.

Dichiaro di aver letto e compreso le informazioni fornite dal Titolare del trattamento a norma del Regolamento UE n. 679/2016 – GDPR di cui all’egata estesa informativa e consapevole, in particolare, che il trattamento dei propri dati ha le finalità di cui all’articolo 2 della sopra estesa informativa sottoscritta ai sensi dell’art. 13 del GDPR

**CONSENSO PER FINALITÀ NECESSARIE ALLO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA**  
Presto libero, consapevole, informato e specifico consenso al trattamento, anche con strumenti informatici e/o telematici, dei propri dati personali per tutte le finalità di cui all’articolo 2 dell'informativa estesa secondo le modalità e nei limiti di cui alla predetta informativa.

Luogo e data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

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