



UFFICIO DI PIANO

PLUS 2020

DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI GUSPINI

ALLEGATO A

Al Comune di _____

Settore Servizi Sociali

Oggetto:

Domanda per l'accesso al rimborso delle spese per gli esami prevaccinali per i bambini della scuola dell'infanzia, delle sezioni primavera e della scuola primaria L.R. n.48/2018 art. 8, comma 29 – Annualità 2019

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (artt. 38, 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritta/o _____ Nata/o a _____

(prov.____) il ____/____/____ Codice Fiscale _____

residente a _____ in via _____ n _____

Telefono fisso _____ cellulare _____ e-mail _____

CHIEDE

Di beneficiare del rimborso delle spese, per gli esami pre-vaccinali, sostenute nel periodo 01.01.2019 al 31.12.2019 per il bambino:

Cognome _____ Nome _____ Nato/a _____

(prov.____) il _____ Codice Fiscale _____

Residente a _____ (prov.____) in Via _____ n _____

che nell'annualità 2019 ha frequentato:

- la scuola dell'infanzia _____ di _____
- la sezione primavera _____ di _____
- la scuola primaria _____ di _____

Consapevole delle conseguenze e responsabilità penali cui può andare incontro, in caso di dichiarazioni mendaci o in caso di falsità in atti, punite dal codice penale e dalle leggi penali in materia (ai sensi degli artt. 75, 76 e 77 del



COMUNE DI
GUSPINI

ENTE GESTORE

COMUNE DI GUSPINI
PROVINCIA DEL SUD SARDEGNA
Via Don Giovanni Minzoni, 10
09036 GUSPINI (SU)
Centralino: 07097601 - Fax: 070970180
protocollo@pec.comune.guspini.su.it
www.comune.guspini.su.it

SETTORE SOCIO ASSISTENZIALE
Servizio Sociale Professionale, Politiche Giovanili
Tel. 0709760xx
ufficiodipiano@comune.guspini.su.it

Responsabile del Servizio
Dott.ssa Simonetta Usai
Responsabile del procedimento
Dott.ssa Simonetta Usai
Redattore
Dott.ssa Giuseppina Piras



UFFICIO DI PIANO

D.P.R. 445/2000) e della conseguente decadenza dei benefici eventualmente conseguiti,

DICHIARA

- di essere cittadino/a italiano/a;
- di essere cittadino/a dello Stato _____ appartenente alla Unione Europea;
- di essere cittadino/a di Paese Terzo, dello Stato _____;
- di essere essere in possesso della certificazione medica del Pediatra Dott. _____ rilasciata in data _____

CHIEDE

che il contributo venga liquidato con:

- quietanza diretta;
- accreditato sul conto corrente bancario/postale intestato o cointestato al sottoscritto con IBAN: _____.

Allega:

- copia certificazione predisposta dal pediatra della struttura pubblica;
- copia del pagamento delle spese effettive sostenute per la prevaccinazione;
- copia del documento di identità del richiedente in corso di validità;

Firma _____

Il/la sottoscritto/a _____ codice fiscale _____

relativamente alle attività sopra descritte che il Comune di Guspini dovrà porre in essere per le quali il consenso rappresenta la base giuridica del trattamento dichiarato:

- di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo (EU) 2016/679, reperibile anche sul sito del Comune di Guspini all'indirizzo <https://www.comune.guspini.su.it/www/LinkVeloci/Privacy/>;

e pertanto:

- Presto il consenso;
- Nego il consenso

Lì,

Firma _____