

AMBITO TERRITORIALE VALLE BREMBANA



COMUNITÀ MONTANA
VALLE BREMBANA
ENTE GESTORE
PIANO DI ZONA
2018/2020

ALGUA – AVERARA – BLELLO – BRACCA – BRANZI – CAMERATA
CORNELLO CARONA – CASSIGLIO – CORNALBA – COSTA SERINA -
CUSIO - DOSSENA - FOPPOLO - ISOLA DI FONDRA – LENNA - MEZZOLDO
MOIO DE' CALVI OLMO AL BREMBO - OLTRE IL COLLE – ORNICA PIAZZA
BREMBANA - PIAZZATORRE - PIAZZOLO – RONCOBELLO - SAN
GIOVANNI BIANCO - SAN PELLEGRINO TERME - SANTA BRIGIDA
SEDRINA – SERINA – TALEGGIO - UBIALE CLANEZZO - VAL BREMBILLA
VALLEVE – VALNEGRA – VALTORTA - VEDESETA – ZOGNO

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Bergamo

AVVISO PUBBLICO PER LA CONCESSIONE DI CONTRIBUTI ALLE FAMIGLIE NELL'AMBITO DELL' UTILIZZO DI SERVIZI NON GARANTITI DAL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - ANNO 2021 -

MODULO DI DOMANDA

Al Servizio Sociale del Comune di

Il/Lasottoscritto/a.....nato/a.....

.il...../...../..... C.F.....

residente a Via.....n.....

In qualità di (barrare l'opzione interessata): Genitore e/o Tutore Affidatario

Chiede che venga erogato un contributo secondo quanto definito nel bando per le spese sostenute per la fruizione del seguente servizio:

Logopedia

Fisioterapia

Psicomotricità

Altro _____

A favore del/la minorenato/a.....

.il...../...../..... C.F.....

relative al periodo dal al e pari ad €. (come da fatture quietanzate allegate)

A tal fine dichiara:

Che il reddito ISEE del nucleo in oggetto è di €.

Di seguito gli estremi per il versamento del contributo (il soggetto qui indicato deve coincidere con il richiedente) :

conto intestato a.....

Banca..... filiale di.....

IBAN

Allega alla presente:

- Certificato di stato di famiglia;
- Documento d'identità in corso di validità
- Certificazione ISEE
- Certificazione della necessità dell'intervento
- Fatture del servizio quietanzate (antecedenti di max.6 mesi la data di presentazione della domanda)

Il Richiedente

.....

Data.....

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO EUROPEO 679/2016 ED ESPRESSIONE DEL CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI.

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a a _____, il _____,
residente in _____ Via _____ n. _____, cap _____, e-mail
_____ C.F. _____

Preso atto dell'informativa di cui agli art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/69;

- dà il proprio consenso al trattamento dei proprio dati personali e allega copia del proprio documento d'identità;
- nega il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali chiedendone la cancellazione dai vostri archivi.

Luogo e data _____ Firma _____