

Al Servizio Sociale del  
Comune di Aggius

Oggetto: Richiesta provvidenze a favore dei cittadini residenti in Sardegna affetti da neoplasia maligna ai sensi della L.R. 9/2004 art. 1 lett. f)

Il /la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
residente a Aggius in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ C.F.  
\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di poter beneficiare delle provvidenze di cui in oggetto relativamente a quelle spettanti in base alla certificazione allegata e al reddito.

A tal fine allega:

- Certificazione diagnostica rilasciata dal presidio ospedaliero pubblico.
- Autocertificazione
- Fotocopia del documento d'identità in corso di validità

Calangianus, \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ autorizza con la presente il Comune  
di Aggius ai sensi dell'art.13 del D. Lgs. 30.06.2003 n. 196, al trattamento e comunicazione dei dati  
personalini finalizzati all'istanza presentata.

Firma

\_\_\_\_\_