ALLEGATO A
UFFICIO SOCIO-ASSISTENZIALE
COMUNE DI TRECCHINA

DOMANDA DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE E PROTESICHE GRATUITE Motorhome Odontoiatrico – Progetto PNES (Piano Nazionale Equità nella Salute) – Area Contrasto delle Povertà Sanitarie

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) _____
nato/a a _____ il _____
codice fiscale _____
residente / domiciliato/a in Trecchina in via _____ n. _____
telefono _____ e-mail (facoltativa) _____ _____

CHIEDE

di essere ammesso/a alle prestazioni odontoiatriche e protesiche gratuite erogate tramite il Motorhome Odontoiatrico, come indicate nell'Avviso pubblico del Comune di Trecchina al quale la presente domanda è allegata.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo decreto in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

☐ di essere residente nel Comune di Trecchina;
☐ di essere domiciliato/a nel Comune di Trecchina;

di possedere il seguente requisito previsto dall'Avviso (barrare almeno una casella):
☐ persona a basso reddito, con ISEE inferiore a 10.000 €, con difficoltà di accesso ai servizi sanitari;
☐ cittadino/a straniero/a, comunitario/a o non comunitario/a, non iscritto/a al Servizio Sanitario Nazionale;
☐ titolare di esenzione per reddito;
☐ persona senza fissa dimora;
☐ altra comprovata condizione di vulnerabilità (es. donna in condizione di fragilità socioeconomica, madre sola con figli a carico), specificare:
_____
_____
_____

ALLEGA

☐ copia di un documento di identità in corso di validità;

☐ attestazione Isee in corso di validità;

☐ eventuale documentazione a comprova del requisito dichiarato:

_____

_____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali allegata alla presente domanda e:

☐ ACCONSENTE

☐ NON ACCONSENTE al trattamento dei propri dati personali da parte del Comune di Trecchina alla loro trasmissione all'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, per le sole finalità connesse all'Avviso e all'erogazione delle prestazioni del Motorhome Odontoiatrico, inclusa la prenotazione telefonica da parte dell'ASP.

In mancanza del consenso non è possibile trasmettere il nominativo all'ASP e, di conseguenza, accedere al servizio.

Trecchina, _____

Firma del/della richiedente

_____