

# AMBITO TERRITORIALE VALLE BREMBANA



COMUNITÀ MONTANA  
VALLE BREMBANA  
ENTE GESTORE  
PIANO DI ZONA  
2021/2023

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 2022 -

### 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 minore .....nato/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 \_\_\_\_\_