

Agli Uffici Distrettuali della Asl Nuoro

**CONTRIBUTO ALLE PARTORIENTI RESIDENTI NELLE ZONE DEL TERRITORIO DELLA
REGIONE SARDEGNA CON PARTICOLARE RIGUARDO ALLE ISOLE MINORI**

(L. R. 8 maggio 2025, n. 12, art. 2 co. 10)

MODULO DI DOMANDA

La sottoscritta _____ nata a _____ Prov(____)

il _____ residente in _____ via/piazza _____

C.F.: _____, Mail: _____

PEC: _____ Telefono: _____

consapevole delle sanzioni penali ed amministrative previste dall'art. 76 D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni false, falsità in atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità, essendo a conoscenza della decadenza dai benefici conseguenti all'emanazione del provvedimento basato su dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R.,

CHIEDE

di poter usufruire del contributo economico previsto ai sensi della L.R. n. 12/2025, art. 2 co. 10, e del Decreto Assessoriale n. 33 del 17.09.2025, nei confronti delle partorienti residenti nel territorio regionale, con particolare riguardo alle isole minori che, a causa dell'assenza di un punto nascita raggiungibile nei tempi previsti dalla normativa vigente, affrontano il disagio di dover partorire in un punto nascita del Servizio Sanitario Regionale geograficamente distante.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità che ricorrono i requisiti di cui all'articolo 4 decreto assessoriale n. 33 del 17/09/2025:

☐ di essere residente nel comune di _____ dal _____;

☐ di aver partorito nel seguente punto nascita del Servizio Sanitario Regionale _____ ovvero aver avuto interruzione di gravidanza dopo il 180° giorno dall'inizio della gestazione in data _____

Allega alla presente domanda copia del documento d'identità n. _____

rilasciato da _____

(firma della richiedente)
