

Allegato A

Agli Uffici Distrettuali della Asl 8 Cagliari

**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.: _____,
Maill: _____ 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)
