**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(**Cognome e nome del richiedente)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Indirizzo del richiedente)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(OIB/NIP del richiedente)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Telefono/cellulare)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(e-mail)

**CITTÀ DI POREČ-PARENZO**

**Assessorato alle attività sociali**

**OGGETTO: Domanda per esercitare i l diritto al cofinanziamento dell’Assicurazione sanitaria integrativa nell’anno 2024**

Chiedo gentilmente che mi venga concesso il diritto che scaturisce ai sensi delle disposizioni della Delibera sul cofinanziamento dell’Assicurazione sanitaria integrativa per persone anziane nell’anno 2024 e mi venga effettuato il pagamento dell’importo pecuniario come stabilito dalla Delibera.

Prego che la somma sovvenzionata mi venga versata sul conto IBAN:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **H** | **R** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Allego alla domanda:

* carta d’identità IN VISIONE
* fotocopia della carta del conto corrente
* **pensionati:** prova di percepire la pensione
* **beneficiari dell'assegno nazionale per persone anziane:** provvedimento del diritto di riconosciuto all'assegno nazionale per persone anziane e la dichiarazione (sul modulo prescritto),
* **persone anziane di età superiore ai 65 anni che non sono in pensione e non percepiscono alcun reddito da lavoro non autonomo o autonomo**: dichiarazione (sul modulo prescritto) e Certificato dell’importo dei redditi e degli introiti dell'Ufficio imposte per l'anno 2023,
* **persone che hanno stipulato una polizza sanitaria integrativa con una compagnia assicurativa privata**: prova di tutte le rate pagate dell'assicurazione sanitaria integrativa nel 2024.

**Se il richiedente ha un tutore o un rappresentante**:

* copia del provvedimento di tutela,
* procura in originale.

Predajom ovog zahtjeva dajem svoju suglasnost Gradu Poreču-Parenzo da u njemu navedene osobne podatke sovvenzione al cofinanziamento dell’assicurazione integrativa per contattare e per effettuare il versamento del compenso. I dati personali saranno protetti dall’accesso di persone non autorizzate e saranno custoditi in un luogo sicuro in conformità alle condizioni e ai termini previsti dalle disposizioni di legge e dagli atti della Città di Poreč-Parenzo.

I diritti e il trattamento dei dati personali forniti dal richiedente sono consultabili all'indirizzo [www.porec.hr](http://www.porec.hr)

Poreč-Parenzo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024

(data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma**)**