

Allegato 2)

Agli Uffici Distrettuali della ASL Gallura

**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, Decreto n.33 del 9/2025, Decreto n.38 del 10/2025)**

La sottoscritta _____ nata a _____ il _____ e residente a _____ in via _____ n. _____ tel. _____ e-mail _____ PEC _____ C.F. _____ essendo in possesso dei requisiti di cui al Decreto Assessoriale n. 33 del 17 settembre 2025.

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

A tal riguardo, la sottoscritta dichiara, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, e s.m.i.:

- a. di essere residente nel Comune di _____ dal _____;
- b. di aver partorito in data _____ presso il punto nascita del Servizio Sanitario Regionale del presidio ospedaliero di _____
- c. di aver proceduto in data _____ all'interruzione della gravidanza dopo il 180° giorno dalla data di gestazione presso una struttura del Servizio Sanitario Regionale .
- d. di richiedere altresì che il contributo avvenga con **accredito su c/c bancario o postale intestato a:** _____
codice IBAN: _____

Allega alla presente fotocopia del proprio documento di identità personale in corso di validità

Luogo _____ data _____

(La richiedente)