

All'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI)  
**SC Distretto** \_\_\_\_\_

**OGGETTO:** Richiesta di rimborso per la fruizione di assistenza psicologica a favore delle vittime del terrorismo ai sensi della L. 206 agosto 2004, art 6, comma 2 ed estensione alle vittime del dovere, della criminalità organizzata e ai sindaci vittime di atti criminali nell'ambito dell'espletamento delle loro funzioni e ai loro familiari.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Cod.Fisc. \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ N. Tel \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

avvalendosi delle disposizioni di cui agli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni previste dall'articolo 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'articolo 75 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la sua responsabilità

#### DICHIARA

DI ESSERSI RIVOLTO A STRUTTURE PUBBLICHE E/O PRIVATE ACCREDITATE E CONVENZIONATE, LE QUALI NON SONO STATE IN GRADO DI ASSICURARE L'EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE RICHIESTA, O NON SIANO IN GRADO DI ASSICURARLE CON LA DOVUTA TEMPESTIVITA' (così come da Direttiva del Consiglio dei Ministri dd 22 luglio 2007)

#### DICHIARA

DI ESSERE TITOLARE DI (barrare la voce che interessa):

VITTIMA DI EVENTO TERRORISTICO

ALTRO (specificare) \_\_\_\_\_

che le copie degli eventuali documenti presentati a corredo della domanda sono conformi all'originale

#### CHIEDE

**Che gli venga rimborsata la seguente prestazione aggiuntiva di assistenza :**

Un ciclo di nr sedute \_\_\_\_\_ di assistenza psicologica da professionista privato presso \_\_\_\_\_

