

Scadenza 31/03/2023



COMUNE DI SENNORI

Prot. n. _____ del _____

Al Responsabile dell'Area Sociale
Comune di Sennori
Via B. Sassari, 13
07036 SENNORI

OGGETTO: L.R. 20/97 – Richiesta provvidenze economiche a favore di persone affette da patologie psichiatriche. Annualità 2023. Modulo autocertificazione redditi Adulti.

Il/La sottoscritt _____ nat_a _____ (____) il ____ / ____ / ____

Codice Fiscale _____ Residente a _____ (Prov.) _____

in via/p.zza _____ n _____ Telefono _____

mail/pec: _____

Ai fini della concessione per l'anno 2023 del sussidio economico di cui all'art. 4 della legge Regionale 30 maggio 1997 n. 20,

*(Come individuato dall'art. 9 della L.R. n. 15/1992 così come modificato dall'art. 7 della L.R. n. 20/1997 nella determinazione del reddito **devono essere considerate tutte le entrate** comunque conseguite, comprese le erogazioni assistenziali per invalidità civile e i trattamenti pensionistici, **escluso l'assegno di accompagnamento**)*

DICHIARA

(ai sensi degli artt. 46,47,48 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Che il reddito personale annuo, relativo all'anno 2022, ammonta a € _____ così derivante:
(limite massimo per usufruire del beneficio attualmente in vigore € 489,62 mensili)

- Pensione Invalidità civile (per 13 mensilità, esclusa l'indennità di accompagnamento)
Importo mensile € _____ dal mese di _____ per mesi _____
- Assegno sociale
Importo mensile € _____ dal mese di _____ per mesi _____
- Pensioni o indennità INAIL
Importo mensile € _____ dal mese di _____ per mesi _____
- Pensione per causa di guerra o servizio

Importo mensile € _____ dal mese di _____ per mesi _____

Assegno di mantenimento ex coniuge

Importo mensile € _____ dal mese di _____ per mesi _____

Altro (Specificare tipologia di reddito) _____

Importo mensile € _____ dal mese di _____ per mesi _____

R.E.I.S. Sì No (il calcolo sarà effettuato dagli uffici)

Contributi economici comunali/regionali Sì No (il calcolo sarà effettuato dagli uffici)

Reddito/Pensione di cittadinanza Sì No Importo mensile € _____ per mesi _____

Altri contributi da altri Enti, Sì No Importo mensile € _____ per mesi _____
(specificare tipologia _____)

Dichiara inoltre:

1. Di essere in cura presso _____ Dott./Dott.ssa _____

2. che a causa della propria patologia, non beneficia di altre forme di assistenza economica erogata dallo Stato, dalla Regione o da altri Enti Pubblici o privati;

3. di essere consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci nonché della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi mendace.

4. di essere a conoscenza che i servizi sociali comunali potranno effettuare verifiche sulla veridicità dei dati dichiarati mediante consultazione da archivi comunali (es. *anagrafe, servizi sociali ecc.*) e nazionali (es. *INPS, Guardia di Finanza ecc.*) esclusivamente finalizzate all'erogazione dei benefici richiesti.

5. di essere informat___, ai sensi dell'art. 13 D. lgs 30.06.2003, n.196, con le modifiche di cui al D. Lgs. 101/2018 e del regolamento UE 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Rispetto alle modalità di accreditamento del contributo comunica che:

non è intervenuta nessuna variazione

che la nuova modalità di accreditamento è la seguente:

- C/C Postale/bancario (no libretto) IBAN _____

intestato a _____

- Carta Prepagata _IBAN _____

intestata a _____

Il/la sottoscritto/a si impegna inoltre a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione relativa alle situazioni su indicate che dovessero intervenire successivamente e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione.

Sennori, _____

IL DICHIARANTE

Allegati alla presente:

fotocopia documento di identità (obbligatorio)

altro (specificare) _____

**** Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000 la dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del funzionario addetto, ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite incaricato, oppure a mezzo posta.**