

Scadenza 16/02/2026



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. Modulo autocertificazione redditi Adulti. Rinnovo annualità 2026.

Il/La sottoscritto/a [redacted] nato/a a [redacted]
il [redacted] Codice Fiscale [redacted] Residente a [redacted]
[redacted] (Prov.) [redacted] in via/p.zza [redacted]
n. [redacted] Telefono [redacted]
mail/pec: [redacted]

Ai fini della concessione per l'anno 2026 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)

Di aver percepito, nell'anno 2025 i seguenti emolumenti:

(limite massimo per usufruire del beneficio attualmente in vigore €. 489,62 mensili)

Pensione Invalidità civile (per 13 mensilità, escluso l'assegno di accompagnamento)

Importo annuale € [redacted]

Assegno sociale

Importo annuale € [redacted]

Pensioni o indennità INAIL

Importo annuale €

Pensione per causa di guerra o servizio

Importo annuale €

Assegno di mantenimento ex coniuge

Importo annuale €

Altro (specificare tipologia di reddito)

Importo annuale €

R.E.I.S.

Sì No *(il calcolo sarà effettuato dagli uffici)*

Contributi economici comunali

Sì No *(il calcolo sarà effettuato dagli uffici)*

Progetto Includis

Sì No Importo annuale €

Contributo regionale Fibromialgia

Sì No Importo annuale €

Assegno di inclusione (ADI)

Sì No Importo annuale €

Altri contributi da altri Enti

Sì No Importo annuale €

(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 informato/a, 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

I/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

Allega alla presente:

- MODULO "A": Certificato del medico specialista attestante il requisito sanitario e l'opportunità dell'intervento richiesto, relativo all'anno corrente;
- fotocopia documento di identità del dichiarante;
- informativa privacy;
- altro (specificare)