

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 Minori e Amministrati. Rinnovo annualità 2026.

Il/La sottoscritto/a [REDACTED] nato/a a [REDACTED]

il [REDACTED] Codice Fiscale [REDACTED] Residente a

[REDACTED] (Prov.) [REDACTED] in via/p.zza [REDACTED]

n. [REDACTED] Telefono [REDACTED]

mail/pec: [REDACTED] in qualità di (barrare la casella)

genitore tutore curatore amministratore di sostegno

Del beneficiario del sussidio

nominativo [REDACTED] nato/a a [REDACTED]

il [REDACTED] Codice Fiscale [REDACTED] Residente a

[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)

- 1.** che il nucleo di appartenenza del minore amministrato è composto da

C: coniuge - F: figlio - A: altro (Barrare la casella che interessa)

Rapporto di parentela			Cognome e Nome	Luogo e data di nascita
Dichiarante				
C	F	A		
C	F	A		
C	F	A		
C	F	A		
C	F	A		
C	F	A		
C	F	A		
C	F	A		
C	F	A		

- 2.** Che il reddito personale annuo, relativo all'anno 2025 del minore amministrato è determinato come segue:

(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 € Indennità di frequenzaImporto annuale € Assegno socialeImporto annuale € Pensioni o indennità INAILImporto annuale € Pensione per causa di guerra o servizioImporto 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)

3. Dichiara inoltre che per l'anno **2025** il reddito imponibile **della famiglia di appartenenza** di cui al precedente punto 1 è inferiore ai limiti di reddito previsti dalla normativa per l'accesso al contributo economico ed è pari a €

(*limite massimo reddito nucleo familiare per usufruire dei benefici attualmente in vigore €. 42.513,74*)

ENTRO IL 30/06/2026 consegnare copia della nuova dichiarazione dei redditi del nucleo (Mod. 730/ Unico/ Certificazione Unica)

Dichiara inoltre:

1. che il minore amministrato

è 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

IL DICHiarante

(In caso di minori è necessaria la firma di entrambi i genitori)

- 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)