

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 \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_\_ in via/p.zza \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

mail/pec: \_\_\_\_\_ in qualità di (barrare la casella)

☐ genitore ☐ tutore ☐ curatore ☐ amministratore di sostegno

Del beneficiario del sussidio

nominativo \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_\_ in via/p.zza \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

mail/pec: \_\_\_\_\_

**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 frequenza

Importo annuale €

☐ Assegno sociale

Importo annuale €

☐ 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  )

**3.** Dichiaro 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

l/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)