

Scadenza 17/02/2025



# 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 2025.**

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 2025 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 2024 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 € \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_)

**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, 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**

\_\_\_\_\_

**\*\* 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.**

**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 \_\_\_\_\_)