



COMUNE DI SORSO
Provincia di Sassari

Al Sig. Sindaco del
Comune di Sorso
SEDE

3° SETTORE - AFFARI GENERALI POLITICHE SOCIALI STAFF

Servizio 3.2 - Politiche Sociali

Dichiarazione Sostitutiva per i SUSSIDI ai DISABILI PSICHICI
L.R. N. 15 del 27/08/1992, L.R. N. 20 DEL 30/05/1997 e s.m. ANNUALITA'2020

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ in Via _____ n° _____

recapito telefonico _____ mail _____

ai fini della

- Nuova domanda
 Rinnovo

Della domanda presentata per usufruire del sussidio riconosciuto dalla Regione Autonoma della Sardegna ai sensi dell'art. 6 della L.R. N. 15 del 27/07/1992, così come sostituito dall'art. 4 della L.R. N. 20 del 30/05/1997.

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 quanto segue:

- che il Beneficiario è in possesso dei requisiti previsti dalla normativa sopra richiamata;
- che il Beneficiario non usufruisce, a causa della propria infermità mentale, di altre forme di assistenza economica erogate dallo Stato, dalla Regione o da altri enti pubblici o privati;
- che il Beneficiario non usufruisce, a causa della propria infermità mentale, del servizio residenziale i cui oneri siano a carico del Servizio sanitario Regionale e di altro soggetto pubblico;
- che il reddito mensile individuale è il seguente :

Anno di riferimento 2019	Totale reddito annuale _____
--------------------------	---------------------------------

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs N. 196 del 30/03/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Sorso _____	IL DICHIARANTE _____
-------------	-------------------------

Istruzioni per la compilazione:

1. La presente dichiarazione sostitutiva deve essere compilata e consegnata All'Ufficio Protocollo;
2. Come individuato dall'art. 9 della L.R. N. 15 del 27 agosto 1992 così come modificato dall'art. 7 della L.R. N. 20 del 30 maggio 1997 nella determinazione del reddito devono essere considerate TUTTE LE ENTRATE, COMUNQUE CONSEGUITE, COMPRESSE LE EROGAZIONI ASSISTENZIALI (**INVALIDITÀ CIVILE, TRATTAMENTI PENSIONISTICI, CONTRIBUTI DI SOSTEGNO AL REDDITO STATALI QUALI REI, REIS, RdC, INCLUDIS**) ESCLUSO L'INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO. Per beneficiare del sussidio previsto dalle norme regionali il reddito mensile individuale non deve superare € 489,62. I redditi considerati sono quelli ANNUALI;
3. Allegare ISEE 2020;
4. Allegare fotocopia del documento di identità;
5. Allegare modulo modalità di pagamento e fotocopia codice Iban;
6. Allegare informativa trattamento Dati Personali appositamente firmata.