

L.R. N. 20/97 PROVVIDENZE A FAVORE DI PERSONE RESIDENTI IN SARDEGNA
AFFETTE DA PATOLOGIE PSICHIATRICHE - ANNUALITA' 2025

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CUMULATIVA
(Art. 46 e 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)

__ I __ sottoscritt __ _____ nat _ a _____
prov.(____) Il ____ / ____ / _____ Codice Fiscale _____
Residente a Carbonia (Su) , in via/p.zza _____ n. _____
TEL. _____ E-mail _____

in qualità di beneficiari_ L.20/97

oppure

genitore amministratore di sostegno/tutore/curatore altro (specificare)

di Cognome Nome _____ nat _ a _____
prov.(____) Il ____ / ____ / _____ Codice Fiscale _____
Residente a Carbonia (Su) , in via/p.zza _____ n. _____

Ai fini della concessione per l'anno **2025** del sussidio economico di cui all'art. 4 della
LEGGE REGIONALE N. 20/1997

DICHIARA

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità e con piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art. 76 del decreto citato e del fatto che le dichiarazioni false comportano la revoca del beneficio ottenuto sulla base della presente dichiarazione, come previsto dall'art.11, comma 3 del D.P.R. 403/98, quanto segue:

- di essere in possesso (o che la persona per la quale si presenta la dichiarazione è in possesso) del requisito sanitario per l'accesso ai benefici di cui alla L.R. 20/1997;
- di aver percepito (o che la persona per la quale si presenta la dichiarazione ha percepito) nell'anno **2024** i seguenti redditi personali (*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*):

<input type="checkbox"/> Pensione Invalidità civile (per 13 mensilità esclusa l'indennità di accompagnamento)	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Indennità di frequenza	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Assegno di inclusione, Reis	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Reddito da lavoro	Importo annuale € _____

<input type="checkbox"/> Assegno sociale	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Pensioni o indennità INAIL	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Assegno di mantenimento ex coniuge	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	Importo annuale € _____

- che nell'anno **2024**, il reddito familiare della persona per la quale si presenta la dichiarazione, comprensivo della 13° mensilità è stato pari a € _____ (**DA COMPILARE SOLO IN CASO DI MINORI, INTERDETTI, INABILITATI E AMMINISTRATI**)
- che a causa della propria patologia, la persona interessata, non beneficia di altre forme di assistenza economica erogata dallo Stato, dalla Regione o da altri Enti Pubblici o privati;
- di impegnarsi, ai sensi dell'art. 7 comma 4 della L.R. 30.5.1997, n. 20, a comunicare al Comune di Carbonia, l'eventuale periodo di tempo in cui usufruirà del "servizio residenziale" i cui oneri siano a carico del Servizio Sanitario Regionale oppure soggetto pubblico;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Comune di Carbonia, l'eventuale modifica di recapiti telefonici, indirizzi e codici IBAN per non incorrere alla sospensione del beneficio.

Ai fini dell'accredito del beneficio economico previsto, si chiede che il sussidio sia erogato:

IN CONTANTI (l'erogazione in contanti è fattibile solo per importi non superiori alla soglia consentita per legge per Pubbliche Amministrazioni).

Oppure

PAGAMENTO SU CONTO CORRENTE POSTALE /BANCARIO INTESTATO A:

- destinatario del Piano L. 20/97: (nome e cognome intestatario del conto) _____, CF: _____

- genitore o rappresentante legale (per i beneficiari minorenni): (nome e cognome intestatario del Conto) _____, CF: _____

- altra persona delegata: (nome e cognome intestatario del Conto) _____, CF: _____

(In caso di persona delegata alla riscossione del pagamento, dovrà essere allegata al presente modulo la delega alla riscossione sottoscritta dal delegante e delegato con i relativi dati e documenti di identità)

IBAN: **CONFERMO IBAN GIA' AGLI ATTI** **OPPURE** **RIPORTATO IN ALLEGATO**

Si allega alla presente:

Copia del documento di identità del dichiarante (e del beneficiario del piano se persona diversa dal dichiarante);

Copia Codice Iban (se previsto pagamento su Conto corrente);

Decreto di nomina Amministratore di sostegno (nei casi previsti)

Altro _____

Carbonia, ____ / ____ / ____

FIRMA

INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 - D.LGS. 196/2003

Ai sensi degli artt. 12 e 13 Regolamento UE n. 679/2016, e del Reg. UE n. 679/2016, si informa che il titolare del Trattamento è il Comune di Carbonia, Piazza Roma 1, 09013 Carbonia. Il Comune di Carbonia informa che tutti i dati conferiti, necessari per valutare il possesso dei requisiti per poter beneficiare del sussidio richiesto, saranno trattati, sia su supporto cartaceo che in modalità telematica e informatica, esclusivamente per le attività previste per l'ottenimento del suddetto beneficio.

I dati raccolti potranno essere oggetto di comunicazione: al personale dipendente dell'Amministrazione, responsabile del procedimento, o comunque in esso coinvolto per ragioni di servizio; a tutti i soggetti aventi titolo, ai sensi della normativa vigente; ai soggetti destinatari di eventuali comunicazioni e pubblicità previste dalle leggi in materia, ivi compresi i competenti Servizi della Regione Autonoma della Sardegna. Tutti i soggetti coinvolti nelle operazioni di trattamento garantiranno la riservatezza dei dati di tutti gli interessati partecipanti alla presente procedura. I dati personali saranno conservati finché non saranno più necessari ai fini della presente procedura. Il richiedente potrà esercitare i diritti previsti dagli artt. 12-22 del Regolamento UE, e dall'art. 7 D.Lgs. n. 196/2003 che qui di seguito si riepilogano: è diritto dell'interessato richiedere in qualsiasi momento la revoca del consenso prestato e l'accesso al trattamento dei propri dati personali, di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, la cancellazione o la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge. All'interessato è riservata la facoltà di opporsi al trattamento dei dati personali e di presentare reclamo al Garante in caso di violazione dei propri dati personali (art. 77 del Reg. UE 679/016).

La/Il sottoscritt_ dichiara di aver preso visione dell'informativa di cui sopra.

Carbonia, ____ / ____ / _____

FIRMA