**MODULO B**

**Al Comune di Carbonia**

**Settore Servizi sociali**

**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):***

|  |  |
| --- | --- |
| □ Pensione Invalidità civile (per 13 mensilità esclusa l’indennità di accompagnamento) | Importo annuale €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ Indennità di frequenza | Importo annuale €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ Assegno di inclusione, Reis  | Importo annuale €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ Reddito da lavoro | Importo annuale €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ Assegno sociale | Importo annuale €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ Pensioni o indennità INAIL | Importo annuale €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ Assegno di mantenimento ex coniuge | Importo annuale €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ 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 finchè 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**    **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |