

COMUNE DI SANT'ANTONIO DI GALLURA
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

__L__ SOTTOSCRITT__ / _____
NAT__ / __ A _____ IL __ / __ / ____
RESIDENTE IN SANT'ANTONIO DI GALLURA, VIA _____ N. ____
CODICE FISCALE _____ TELEFONO _____

CHIEDE DI POTER BENEFICIARE DEL

SUSSIDIO ECONOMICO AI SENSI DELLA LEGGE REGIONALE N.20 DEL 30.05.1997

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, d'informazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

1. Che il proprio Nucleo familiare è formato da n. ____ componenti
2. Che nel corrente anno il reddito personale mensile, *comprese le entrate esenti IRPEF*, così come indicato nell'apposito prospetto, ammonta ad € _____

- **CHE NELL'INTERESSE DEL RICHIEDENTE POSSONO ESSERE CONTATTATI LE SEGUENTI PERSONE:**
(es. PARENTE, CONOSCENTE, VICINO, MEDICO, VOLONTARIO)

Cognome e Nome	Rapporto di Parentela o altro, specificare	Indirizzo	Telefono

- **CHE IL NUCLEO FAMILIARE È COMPOSTO DA:**

Cognome e Nome	Rapporto Parentela Stato Civile	Titolo di studio Qualifica	Disoccupato Dal	Occupato Dal

- **CHE I SEGUENTI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE SONO STATI RICONOSCIUTI INVALIDI CIVILI**

Cognome e Nome	grado invalidità	Indennità Acompagnamento	Legge 104/ 92
	%	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	%	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

➤ **CHE NEI DODICI MESI PRECEDENTI HA BENEFICIATO DEI SEGUENTI INTERVENTI:**

<input type="checkbox"/> L. R. n. 20/97 – Provvidenze economiche ai sofferenti mentali	€
<input type="checkbox"/> Altro (es. arretrati pensionistici etc..)	€

➤ **DI DELEGARE ALLA RISCOSSIONE LA SEGUENTE PERSONA:**

COGNOME E NOME	_____
LUOGO E DATA DI NASCITA	_____
INDIRIZZO RESIDENZA	_____
CODICE FISCALE	_____
RECAPITO TELEFONICO	_____

➤ **PER L'ACCREDITO DEL SUSSIDIO ECONOMICO:**

C/C INTESTATO A _____

CODICE IBAN _____

BANCA _____

ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE IN FOTOCOPIA:

Sbarrare il quadratino interessato

- CERTIFICATO DEL MEDICO SPECIALISTA ATTESTANTE IL REQUISITO SANITARIO E L'OPPORTUNITA' DELL'INTERVENTO RICHIESTO;
- CERTIFICAZIONE SANITARIA ATTESTANTE INVALIDITA' CIVILE;
- DOCUMENTAZIONE SUI REDDITI DEL RICHIEDENTE RELATIVI ALL'ANNO CORRENTE, COMPRESI QUELLI ESENTI IRPEF (ad esempio: invalidità civile, assegno sociale, indennità di accompagnamento etc...);
- ALTRO specificare: _____
- DOCUMENTO IDENTITÀ in corso di validità;
- CODICE FISCALE DELLA PERSONA DELEGATA ALLA RISCOSSIONE DEL SUSSIDIO.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.lgs. n.196 del 30.06.2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Sant'Antonio di Gallura, li _____

Firma di autocertificazione

In caso di impedimento a firmare, sottoscrivere con segno - croce e farsi assistere da n. 2 testimoni che sottoscrivono e allegano il proprio documento di identità

1° TESTE

2° TESTE

La presente istanza, con la documentazione allegata, dovrà essere presentata all'Ufficio Protocollo del Comune di Sant'Antonio di Gallura in busta chiusa recante la seguente dicitura: "Provvidenza economica ai sensi della L.R. 20/97".