

COMUNE DI SANT'ANTONIO DI GALLURA
P.zza M. Ruzittu n. 1- 07030 Sant'Antonio di Gallura



Settore Servizi Socio-Culturali- Pubblica Istruzione Cultura e Spettacolo

Codice Fiscale 91027260909 Telefono 079/669013 PEC protocollo.santantoniodigallura@pec.comunas.it
Partita IVA 01336410905 Sito Web www.comunedisantantoniodigallura.it

Richiesta di intervento ai sensi dell'art. 10 L.R. 20 1997, n. 20, modificata dall'art. 33 L.R. 2/2007.

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il ___/___/___
Codice Fiscale _____ residente a _____ in
via _____ recapito telefonico _____
Indirizzo mail _____

In nome e per conto di *(indicare se diverso dal richiedente i dati del soggetto Beneficiario)*

in qualità di Legale Rappresentante del seguente: minore interdetto inabilitato **di:**

(nome e cognome)

_____ nato/a a _____
_____ il ___/___/___ Codice Fiscale _____
residente a Sant'Antonio di Gallura in via _____ N° _____

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

CHIEDE

L'attuazione dell'intervento ai sensi dell'art. 10 della L.R. 20/97 come modificata dall'art. 33 L.R. 2/ 2007.

DICHIARA

a) **Che la composizione del nucleo familiare è la seguente:**

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela	Attività

b) **Che nell'anno PRECEDENTE ha percepito le seguenti provvidenze economiche** (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 (per i minori)	Importo annuale € _____
<input type="checkbox"/> Reddito di cittadinanza, (anche relativo al nucleo familiare, indicare la propria quota)* <i>*Calcolare la quota del RDC dividendo l'importo annuale per il numero dei componenti del nucleo familiare . Esempio: Nucleo composto da 4 persone. Importo RDC annuale €4000,00. Reddito personale del beneficiario: €4000:4= €1000,00</i>	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 per l'anno _____ il reddito individuale comprensivo della 13^a mensilità (al netto delle ritenute previdenziale e assistenziali e delle imposte) è stato pari ad € _____
- ✓ Di avere un ISEE in corso di validità pari a € _____
- ✓ che a causa della propria patologia, non beneficia di altre forme di assistenza economica erogata dallo Stato, dalla Regione o da altri Enti Pubblici
- ✓ Di essere consapevole, secondo quanto prescritto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, delle sanzioni penali a carico di chi dichiara il falso o esibisce atto falso o contenente dati non rispondenti a verità .
- ✓ che hai fini dell'erogazione del sussidio economico **di cui all'art. 4 della legge Regionale n.20 del 30 maggio 1997, le seguenti coordinate bancarie:**

CODICE IBAN (No Libretto Postale):

PRESSO BANCA /O POSTA

INTESTATARIO

c) Che il beneficiario/minore risulta in carico a:

- Servizio di Neuropsichiatra di dal dott./ssa
telefono.....;
- Centro di Salute Mentale di dal dott./ssa
telefono.....;

A tale scopo allega i seguenti documenti:

- Dichiarazione sostitutiva cumulativa (obbligatoria)
- Fotocopia documento d'identità in corso di validità (obbligatoria)
- Fotocopia tessera sanitaria (obbligatoria)
- copia conforme all'originale del Decreto del Giudice Tutelare di nomina a Tutore, Curatore o Amm.re di sostegno;
- Fotocopia dell'ISEE in corso di validità (obbligatoria).

DATA _____

IL DICHIARANTE

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 Sant'Antonio di Gallura, Piazza Matteo Ruzittu 1, 07030 Sant'Antonio di Gallura. Il Comune di Sant'Antonio di Gallura 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 mancanza di consenso al trattamento dei dati non consente al richiedente di partecipare alla presente procedura.

Il/La sottoscritta dichiara di prestare il consenso al trattamento dei propri dati personali e sensibili conferiti nella presente istanza al fine di consentire lo svolgimento delle attività istituzionali e degli obblighi ad essa connessi.

Sant'Antonio di Gallura, ___/___/_____

Firma del richiedente _____

Parte riservata alla A.S.L.

A.S.L. n. _____

Unità Operativa _____

Si attesta che il/la Sig./Sig.ra _____ è in carico c/o questa Unità Operativa dal _____ per malattia compresa nell'allegato "A" della L.R. 15/92, come integrato dall'art. 16 della L.R. 20/97.

Unità Operativa (Timbro e Firma)
