



COMUNE DI URI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER SUSSIDI AI DISABILI PSICHICI - L.R. N. 15 del 27/08/1992, L.R. N. 20 del 30/05/1997 e s.m.i. -

Al Comune di Uri
Settore Servizi Sociali

Il/La Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ___/___/___ Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente a _____ in _____

recapito telefonico _____ indirizzo mail _____

ai fini della presentazione rinnovo per l'anno _____ della domanda presentata per usufruire del sussidio riconosciuto dalla Regione Autonoma della Sardegna ai sensi dell'art. 6 della L.R. N. 15 del 27/08/1992, 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:

L'importo ISEE per l'anno in corso è pari a €. _____ (Solo se in possesso della relativa Certificazione)

Di aver percepito le seguenti entrate:

Come individuato dall'art. 9 della L.R. n. 15/1992 così come modificato dall'art. 7 della L.R. n. 20/1997 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.

Tipologia	Anno _____	Anno _____
Pensione e/o assegno sociale		
Contributi Reis – Rei - Sia		
Reddito di Cittadinanza		
Altro		

- Di essere in possesso dei requisiti previsti dalla normativa sopra richiamata;
- Di non beneficiare, a causa della propria infermità mentale, di altre forme di assistenza economica erogate dallo Stato, dalla regione o da altri enti pubblici o privati;
- Di non usufruire, 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 proprio reddito **individuale ANNUALE** è determinato come da tabella seguente:

Cognome e Nome	Data di nascita	Stato civile	Relazione parentela	Reddito netto ANNUO ⁽³⁾

Anno di riferimento¹ (_____)	Totale reddito NETTO ANNUO			

SI IMPEGNA

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

Dichiaro di essere informato, ai sensi del GDPR 2016/679 e s.m.i. che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del relativo procedimento.

URI _____

Firma _____

Da apporre al momento della consegna all'incaricato

URI, _____

Il/la DICHIARANTE

La presente dichiarazione sostitutiva deve essere compilata e consegnata all'Ufficio Protocollo ogni volta che intervengano variazioni nella composizione del Nucleo familiare e/o nei Redditi dei diversi componenti.

SI È COMUNQUE TENUTI, PENA LA SOSPENSIONE DELLE EROGAZIONI MENSILI, a compilare e consegnare il presente modulo almeno una volta **entro il 28 Febbraio di ogni anno** all'Ufficio competente.

¹ Indicare l'anno di riferimento del Reddito.