



COMUNE DI URI

Al Comune di Uri  
Settore Servizi Sociali

## Dichiarazione Sostitutiva per Provvidenze NEFROPATICI<sup>(1)</sup> - L.R. N. 11 del 08 maggio 1985 e s.m.i. -

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 poter beneficiare delle provvidenze riconosciute dalla Regione Autonoma della Sardegna ai sensi della L.R. N. 11 del 08 maggio 1985 e s.m.i.

### 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 <sup>(3)</sup>
<b>Anno di riferimento<sup>1</sup> (_____)</b>			<b>Totale reddito NETTO ANNUO</b>	

**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.

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Indicare l'anno di riferimento del Reddito.