COMUNE DI URI

Al Comune di Uri
Settore Servizi Sociali

Dichiarazione Sostitutiva NEOPLASIE MALIGNE

L.R. N. 9 del 03.12.2004 e s.m.i.[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 usufruire delle provvidenze riconosciute dalla Regione Autonoma della Sardegna ai sensi dell'art. 1 c. 1 lett. f della L.R. N. 9 del 03.12.2004 e s.m.i. (Provvidenze a favore dei cittadini affetti da neoplasia maligna).

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 riferimento[1] (_____)		**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.

[i] Come stabilito dall'art. 9 c. 9 della L.R. N. 1 del 24.02.2006, fino all'approvazione del provvedimento di riordino delle provvidenze di cui all'art. 48 della L.R. 23 dicembre 2005 N. 23, a favore dei cittadini affetti da neoplasia maligna di cui alla lettera f dell'articolo 1 della L.R. 3 dicembre 2004 N. 9, SONO EROGATI ESCLUSIVAMENTE I RIMBORSI PER LE SPESE DI VIAGGIO E DI SOGGIORNO. Per poter beneficiare dei rimborsi delle spese di viaggio e di soggiorno concesse ai talassemici, agli emofilici e agli emolinfopatici il limite di reddito effettivo netto annuo del Nucleo familiare, così come successivamente determinato, è di Euro 33.569,70. La presente dichiarazione sostitutiva deve essere compilata e consegnata agli uffici territoriali competenti ogni volta che si richiedono suddetti rimborsi.

[1] Indicare l'anno di riferimento del Reddito.