



COMUNE DI URI

Al Comune di Uri  
Settore Servizi Sociali**Dichiarazione Sostitutiva NEOPLASIE MALIGNHE**  
**L.R. N. 9 del 03.12.2004 e s.m.i.<sup>1</sup>**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Codice Fiscale

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

residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ indirizzo mail \_\_\_\_\_

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

Beneficiari\*: \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Codice Fiscale

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

residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

ai fini della presentazione rinnovo della domanda presentata 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 PER LA PERSONA BENEFICIARIA**

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)

**Che ha 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		

- Che è in possesso dei requisiti previsti dalla normativa sopra richiamata;
- Che non è beneficiaria, a causa della propria infermità mentale, di altre forme di assistenza economica erogate dallo Stato, dalla regione o da altri enti pubblici o privati;
- Che non usufruisce, 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 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>i</sup> 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.

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