

**SUSSIDI ECONOMICI L.R. 15/92; L.R. 20/97 e s.m.i.**

Prot

Del

**Dichiarazione Sostitutiva Cumulativa**

**(art. 46, 47, 48, 76 del D.P.R. N° 445 del 28 DICEMBRE 2000)**

**Al Comune di Sassari**

**Settore Politiche, Servizi e Coesione Sociale Via Zara, 2 - 07100 SASSARI**

Il/La Sottoscritto/a

nato/a a il / / Codice Fiscale

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

residente a in

recapito telefonico indirizzo mail

**In qualità di: GENITORE TUTORE CURATORE AMMINISTRATORE di SOSTEGNO**

(Tutore, Curatore o Amministratore di Sostegno come identificato da Decreto del Tribunale)

**del seguente BENEFICIARIO**

Nome e Cognome Beneficiario: nato/a a il / /

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Codice Fiscale

residente a in telefono

Ai fini della concessione per l'anno del sussidio economico di cui all'art. 4 della L.R. n. 20/1997, 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

**DICHIARA**

Che nell'anno **il REDDITO IMPONIBILE del NUCLEO FAMILIARE**del beneficiario è pari a €.

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

# IL BENEFICIARIO 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 |  |  |
| Contributo nell'ambito del programma regionale di contrasto alle povertà estreme |  |  |
| Altro (Sia, Reis,Rei ecc.) : |  |  |
| TOTALE ENTRATE1 |  |  |

**DICHIARA INOLTRE**

**-**di non beneficiare, a causa della propria patologia, di altre forme di assistenza economica erogate dallo Stato, dalla regione o da Enti pubblici o Privati;

* di non usufruire,a causa della propria infermità,del servizio residenziale i cui oneri siano a carico del servizio sanitario regionale o di altro soggetto pubblico.
* Di essere informato/a ai sensi dicuiall'art.13delD.LgsN.196del30/03/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il/la sottoscritto/a si impegna inoltre a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione relativa alle situazioni su indicate che dovessero intervenire successivamente e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione. SI È COMUNQUE TENUTI, PENA LA SOSPENSIONE DELLE EROGAZIONI MENSILI, a compilare e consegnare il presente modulo almeno una volta entro il 31 maggio di ogni anno agli uffici territoriali competenti.

Il Dichiarante (2**)**

Data

1. reddito annuo imponibile della famiglia di appartenenza di minori, amministrati, interdetti o inabilitati €42.513,74;

reddito mensile individuale massimo € 489,62

1. **Ai sensi dell’art. 38 del D.P.R. N. 445/2000, la dichiarazione deve essere sottoscritta dall’interessato in presenza del funzionario addetto, ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all’ufficio competente via fax, tramite incaricato, oppure a mezzo posta.**