**Modello: 02\_L20**

**Prot. N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Al Sig. SINDACO**

**del Comune di SASSARI**

*Domanda SUSSIDI ai DISABILI PSICHICI*

*- L.R. N. 15 del 27/08/1992, L.R. N. 20 del 30/05/1997 e s.m.i. -*

Il/La Sottoscritto/a nato/a a il / / /

 residente a in

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

nato/a a il / / Codice Fiscale

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

residente a in

recapito telefonico indirizzo mail

## 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:

1. che il Beneficiario, a causa della propria infermità mentale, non usufruisce di altre forme di assistenza economica erogate dallo Stato, dalla regione o da altri enti pubblici o privati;
2. che il Beneficiario, a causa della propria infermità mentale, non usufruisce del servizio residenziale i cui oneri siano a carico del Servizio sanitario Regionale e di altro soggetto pubblico;

## CHIEDE

che il Beneficiario possa 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.

## ALLEGA

* 1. Certificato medico specialistico, rilasciato dagli Enti competenti previsti dalle norme regionali richiamate, da cui risulti la sussistenza di una delle condizioni di disturbo mentale di cui all'Allegato A[(1)](#_bookmark0)della normativa di riferimento, come di seguito riportate;
	2. Dichiarazione sostitutiva attestante la composizione del nucleo familiare ed i redditi dei diversi componenti;
	3. ;

4) ;

## SI IMPEGNA

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

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs N. 196 del 30/03/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**Da apporre al momento della consegna all'incaricato**

Sassari,

IL DICHIARANTE

(1)***ALLEGATO A***

**(**L.R. N. 15 del 27.08.1992 così come integrato dall'art. 16 della L.R. N. 20 del 30.05.1997**)**

# ELENCO DELLE INFERMITA’

* + 1. **Schizofrenia**(catatonica, disorganizzata, paranoidea, indifferenziata, residua),ad andamento cronico;

# Disturbo delirante paranoide ad andamentocronico;

* + 1. **Disturbo schizoaffettivo, ad andamento cronico**;
		2. **Disturbo depressivo maggiore ad andamento cronico**;
		3. **Disturbo bipolare dell’umore**(depressivo, misto, maniacale), ad andamento cronico;

# Autismo.