



COMUNE DI SASSARI

PROVVIDENZE TALASSEMICI (1)
L.R. N. 27 del 25 novembre 1983 e s.m.i.

Dichiarazione Sostitutiva Cumulativa
(art. 46, 47, 48, 76 del D.P.R. N° 445 del 28 DICEMBRE 2000) Prot.

Al **Comune di Sassari**
Settore Diritti Sociali, Inclusione e Pari Opportunità
Via Zara, 2 - 07100 Sassari

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____ Codice Fiscale _____

residente _____ in _____

recapito telefonico _____ indirizzo e-mail _____

ai fini della presentazione rinnovo della domanda presentata per poter beneficiare delle provvidenze riconosciute dalla Regione Autonoma della Sardegna ai sensi della L.R. N. 27 del 25 novembre 1983 e s.m.i.

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 e 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445

- di essere in possesso dei requisiti previsti dalla normativa sopra richiamata;
- di sottoporsi, con la regolarità che la propria affezione richiede, alle prestazioni sanitarie specifiche;
- di non aver diritto e comunque di non usufruire di rimborsi o sussidi per lo stesso titolo da parte di enti previdenziali o assicurativi o di altri enti anche sulla base di normative statali e regionali;
- che il proprio nucleo familiare(2) e relativi redditi(3) sono composti come da tabella seguente:

| Cognome e Nome | Data di nascita | Stato Civile | Relazione parentela | Reddito netto ANNUO |
|--------------------------|-----------------|--------------|----------------------------|---------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| ANNO DI RIFERIMENTO 2024 | | | TOTALE REDDITO NETTO ANNUO | |

Dichiara di essere informato/a, ai sensi dell'art. 13 D. lgs 30.06.2003, n.196, con le modifiche di cui al D. Lgs. 101/2018 e del regolamento UE2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Dichiara inoltre di essere consapevole, secondo quanto prescritto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, delle sanzioni penali a carico di chi dichiara il falso o esibisce atto falso o contenente dati non rispondenti a verità.

Istruzioni per la compilazione

(1) La presente dichiarazione sostitutiva deve essere compilata e consegnata agli uffici territoriali competenti 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 agli uffici territoriali competenti entro il 30 giugno di ogni anno.

(2) Composizione Nucleo Familiare:

Il nucleo familiare da indicare nel prospetto ai fini della determinazione delle Provvidenze dovute al talassemici è quello previsto dall'art.3 della L.R. N. 27 del 25.11.1983 e s.m.i.

Nel caso di Talassemico, Emofilico o Emolinfopatico coniugato, bisogna indicare lo stesso e, se conviventi, i genitori e i fratelli minori.

(3) Determinazione del reddito:

Il reddito da indicare per ogni componente è il Reddito Netto Annuo 2023 che si determina partendo dal reddito complessivo dichiarato ai fini IRPEF al netto delle ritenute di legge. Quindi le ritenute devono essere sottratte dal reddito.

Bisogna prendere in considerazione:

- prestazioni di lavoro autonomo o dipendente;
- partecipazioni ad utili societari;
- pensioni;
- rendite immobiliari.