

**SUSSIDI ECONOMICI L.R. 15/92; L.R. 20/97 e s.m.i.
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CUMULATIVA
(art. 46, 47, 48, 76 del D.P.R. N° 445 del 28 DICEMBRE 2000)**

AUTOCERTIFICAZIONE ADULTI

**AL COMUNE DI SEDINI
ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

Il/La sottoscritt _____ nat_ a _____ (_____) Il _____ / _____ / _____

Codice Fiscale _____ Residente a _____ (Prov.) _____

in via/p.zza _____ n _____ Telefono _____

Email/pec: _____

in qualità di:

- ☐ beneficiario/a
- ☐ familiare di riferimento
- ☐ genitore/tutore
- ☐ amministratore di sostegno
- ☐ altro _____

del Sig./ra _____ nat_ a _____ (_____) Il _____ / _____ / _____

Codice Fiscale _____ Residente a _____ (Prov.) _____

in via/p.zza _____ n _____ Telefono _____

Ai fini della concessione per l'anno 2026 del sussidio economico di cui all'art. 4 della legge Regionale 30 maggio 1997 n. 20.

DICHIARA

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

Dichiarazioni relative all'anno 2025

(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**, COMPRESSE LE EROGAZIONI ASSISTENZIALI PER INVALIDITÀ CIVILE E TRATTAMENTI PENSIONISTICI, **ESCLUSO L'ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO**)

- ☐ Che il beneficiario NON ha percepito nell'anno 2025 nessun contributo economico Nazionale/Comunale;
- ☐ Che il beneficiario ha percepito nell'anno 2025 uno o più dei seguenti contributi economici:

- ☐ Pensione Invalidità civile (per 13 mensilità)
Importo mensile € _____ dal mese di _____ al mese di _____ per mesi n. _____
- ☐ Assegno sociale
Importo mensile € _____ dal mese di _____ al mese di _____ per mesi n. _____
- ☐ Pensioni o indennità INAIL
Importo mensile € _____ dal mese di _____ al mese di _____ per mesi n. _____
- ☐ Pensione per causa di guerra o servizio
Importo mensile € _____ dal mese di _____ al mese di _____ per mesi n. _____
- ☐ Assegno di mantenimento ex coniuge
Importo mensile € _____ dal mese di _____ al mese di _____ per mesi n. _____
- ☐ Assegno di Inclusione (ADI)
Importo mensile € _____ dal mese di _____ al mese di _____ per mesi n. _____
- ☐ Reddito di Inclusione Sociale (REIS)
Importo mensile € _____ dal mese di _____ al mese di _____ per mesi n. _____
- ☐ Altro (Specificare tipologia di reddito) _____
Importo mensile € _____ dal mese di _____ al mese di _____ per mesi n. _____
Importo *una tantum* € _____

DICHIARA INOLTRE:

1. che a causa della propria patologia, non beneficia di altre forme di assistenza economica erogata dallo Stato, dalla Regione o da altri Enti Pubblici o privati;
2. di impegnarsi, ai sensi dell'art. 7 comma 4 della L.R. 30.5.1997, n. 20, a comunicare al Comune di SEDINI, l'eventuale periodo di tempo in cui usufruirà del "servizio residenziale " i cui oneri siano a carico del Servizio Sanitario Regionale oppure soggetto pubblico.
3. 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.
4. 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 UE 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Rispetto alle modalità di accreditamento del contributo comunica che:

- ☐ non è intervenuta nessuna variazione
- ☐ che la nuova modalità di accreditamento è la seguente:
 - C/C Postale (no libretto) IBAN _____ intestato a _____
 - C/C Bancario IBAN _____ intestato a _____
 - Carta Prepagata _____ IBAN _____ intestata a _____

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 allega:

- Copia del documento di identità del richiedente e/o del beneficiario;
- Certificato del medico specialistico (Modulo A), rilasciato dal competente servizio;

SEDINI, _____

IL DICHIARANTE

(firma per esteso e leggibile)