

OGGETTO: Richiesta provvidenze economiche L.R. n. 20/97

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ residente in questo Comune in via/loc. _____
n. _____ c.f. _____ telefono _____

CHIEDE

la concessione del sussidio economico previsto dalla Legge in oggetto:

per se stesso

oppure in qualità di: (*barrare ove interessa*)

genitore	tutore	curatore	amministratore di sostegno	
del (<i>barrare ove interessa</i>):	minore	interdetto	inabilitato	amministrato
nato/a a _____	il _____	e residente in questo Comune in via/loc.	_____	
_____	n. _____	telefono _____	_____	

Allega i seguenti documenti:

- Fotocopia documento d'identità e codice fiscale.
- Certificazione medico specialistica, in originale, rilasciata dai Dipartimenti di Salute Mentale, Cliniche Psichiatriche Universitarie, Servizio di Neuropsichiatria Infantile da cui risulti la sussistenza di una delle condizioni di disturbo mentale di cui all'allegato A della L.R. n. 20/97.
- Fotocopia verbale d'invalidità civile.
- Fotocopia verbale di nomina del tutore, curatore e/o amministratore di sostegno.
- Fotocopia del codice IBAN.

N. B. leggere e sottoscrive l'informativa sul trattamento dei dati nell'ultima pagina

Olbia, li _____

Il/La Richiedente

Parte riservata alla ASL

ASL n. _____ Unità Operativa _____

Si attesta che il/la _____ è in carico a questa Unità Operativa dal _____
per infermità compresa nell'allegato A della L.R. 15/92, come integrato dall'art. 16 della L.R. 20/97, in grado di costituire motivo
di perdita delle capacità occupazionali e/o dell'autonomia del soggetto nelle comuni attività della vita quotidiana.

Unità Operativa (timbro e firma)

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(Artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ residente in Olbia via/loc. _____ N. _____

c.f. _____ Telefono _____

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445;

DICHIARA

• Di essere nato/a _____ il _____

• Di essere residente ad Olbia in via/loc. _____

• Che il proprio stato di famiglia è così composto:

<i>Cognome e nome</i>	<i>Luogo di nascita</i>	<i>Data di nascita</i>	<i>Rapporto di parentela</i>

• Che per l'anno _____ il reddito individuale (al netto delle ritenute previdenziali e delle imposte) è pari a € _____

• Che non beneficia, a causa della propria patologia, di altre forme di assistenza economica erogate dallo Stato, dalla Regione o da altri Enti Pubblici o privati.

• Che nell'anno _____ HA/NON HA beneficiato di interventi di integrazione al reddito: in caso di risposta affermativa dichiarare importo €. _____

Olbia, li _____

Firma

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. del 28.12.2000, n. 445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(Artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente in _____ Via/Loc. _____
n. _____ Telefono _____ c.f. _____

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445;

in qualità di: (*barrare*) genitore tutore curatore amministratore di sostegno

del/la sig./ra _____ nato/a a _____
il _____ residente ad Olbia in Via/Loc. _____
n. _____ c.f. _____

DICHIARA

Che (*barrare*) il minore l'interdetto l'inabilitato l'amministrato

- È nato a _____ il _____
- È residente ad Olbia in Via/Loc. _____ n. _____
- Che il suo stato di famiglia è così composto:

<i>Cognome e nome</i>	<i>Luogo di nascita</i>	<i>Data di nascita</i>	<i>Rapporto di parentela</i>

- Che per l'anno _____ il reddito imponibile della famiglia di appartenenza è pari a € _____
- Che non beneficia, a causa della propria patologia, di altre forme di assistenza economica erogate dallo Stato, dalla Regione o da altri Enti Pubblici o privati.

Olbia, lì _____

Firma

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. del 28.12.2000, n. 445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

D E L E G A

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ il _____ residente in _____
Via/Loc. _____ n° _____ recapito telefonico _____

D E L E G A

Il/La sig.r/a _____ nato/a a _____
il _____ residente in _____ Via/Loc. _____
n° _____ recapito telefonico _____, C.F. _____

al ritiro in sua vece delle provvidenze economiche spettanti ai sensi della L.R. n° 20/97,
esonero l'Amministrazione Comunale da ogni responsabilità in merito.

IL/LA DELEGANTE

IL/LA DELEGATO

Olbia, li _____

INFORMAZIONE E ACCESSO AI DATI PERSONALI

Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali, strumentali o connesse al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.

Il/La sottoscritto/a _____ esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Olbia li

Firma per accettazione
