

RICHIESTA PROVVIDENZE AI SENSI DELLA L.R. N. 20/97.

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
e residente in questo Comune nella via _____,
tel. _____, Cod. Fisc. _____;

- Per se medesimo
- In qualità di esercente la potestà sul minore _____
- nato a _____ il _____ e residente in questo Comune nella via _____
- In qualità di tutore/curatore dell'interdetto/inabilitato _____ nato a _____ il _____ e residente in questo Comune nella via _____;

CHIEDE

la concessione del sussidio economico previsto dalla L.R. 20/97.
A tal fine allega i seguenti documenti:

- Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà e certificazioni;
- Certificazione rilasciata dal servizio della tutela della salute mentale della ASL di appartenenza;
- Fotocopia cod IBAN;
- Fotocopia documento di identità

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)

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

I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità relative 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.

Dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni vigenti il Regolamento UE 2016/679 e successive modifiche ed integrazioni, in relazione ai dati contenuti nel presente documento.

Per presa d'atto ed accettazione.

Golfo Aranci _____

Firma _____

Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà e certificazioni

(Art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

La/il sottoscritta/o _____ nata/o a _____ il _____, residente a Golfo Aranci Prov. (OT) , in via _____ n. _____ è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art.76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art, 75 D.P.R. 445/2000).

DICHIARA

che il proprio reddito derivante da _____ e relativo all'anno _____ ammonta ad € _____, pari a mensili € _____.

DICHIARA inoltre di:

essere nato a _____ il _____ di essere residente a Golfo Aranci in via _____ n. _____,

che il proprio nucleo familiare è così composto:

	Cognome	Nome	Luogo nascita	Data nascita	Rapp. Parentela
1.					dichiarante
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

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

(luogo e data)

IL DICHIARANTE
