**OGGETTO: domanda per ottenimento delle provvidenze a favore delle patologie psichiatriche previste L.R. n. 15 del 27/08/1992, L.R. n. 20 del 30/05/1997 e s.m. ADULTI - MINORI E AMMINISTRATI -**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_indirizzo mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Beneficiario\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

recapito telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo 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. 15 del 27/08/1992, L.R. n. 20 del 30/05/1997***

**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 202\_** | **TOTALE REDDITO NETTO ANNUO** |  |

**A TAL FINE**

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 dichiara quanto segue:

* che il Beneficiario è in possesso dei requisiti previsti dalla normativa sopra richiamata;
* che il Beneficiario non usufruisce, a causa della propria infermità mentale, di altre forme di assistenza economica erogate dallo Stato, dalla Regione o da altri enti pubblici o privati;
* che il Beneficiario non usufruisce, a causa della propria infermità mentale, del servizio residenziale i cui oneri siano a carico del Servizio sanitario Regionale e di altro soggetto pubblico;

**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.

Rispetto alle modalità di accreditamento del contributo comunica che:

□ che la modalità di accreditamento è la seguente:

C/CPostale(nolibretto)IBAN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_intestatoa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C/CBancarioIBAN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_intestatoa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CartaPrepagata\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_IBAN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_intestataa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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.

Florinas, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 IL DICHIARANTE\*\*

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (firma per esteso e leggibile)

Allegati alla presente:

* fotocopia documento di identità (obbligatorio)
* informativa sulla privacy (obbligatorio)
* Certificazione rilasciata da Centri Ospedalieri o Universitari
* Certificazione delle prestazioni sanitarie eseguite fuori il Comune di residenza
* Certificazione 730 e CUD dei componenti del nucleo familiare
* Attestazione ISEE in corso di validità
* Copia documento di identità del dichiarante.

\*\* Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000 la dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del funzionario addetto, ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite incaricato, oppure a mezzo posta.