



COMUNE DI PERFUGAS
Provincia di Sassari
Settore Socio-Assistenziale e Culturale

Prot. n. _____ del _____

Al Responsabile del Servizio Sociale
Comune di Perfugas
Piazza Mannu, 1
Perfugas

OGGETTO: L.R. 20/97 – Richiesta provvidenze economiche a favore di persone affette da patologie psichiatriche. Modulo autocertificazione redditi Adulti. Rinnovo annualità 2026.

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

Codice Fiscale _____ Residente a _____ (Prov.) _____

in via/p.zza _____ n _____ Telefono _____

mail/pec: _____

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

(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, comprese le erogazioni assistenziali per invalidità civile e i trattamenti pensionistici, escluso l'assegno di accompagnamento).

DICHIARA

(ai sensi degli artt. 46, 47, 48 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Di aver percepito, nell'anno 2025 i seguenti emolumenti:

(limite massimo per usufruire del beneficio attualmente in vigore €. 489,62 mensili)

- Pensione Inv al idità civile (per 13 mensilità, escluso l'assegno di accompagnamento)
Importo annuale € _____
- Indennità di frequenza
Importo annuale € _____
- Assegno sociale
Importo annuale € _____
- Pensioni o indennità INAIL

Importo annuale € _____

Pensione per causa di guerra o servizio

Importo annuale € _____

Assegno di mantenimento ex coniuge

Importo annuale € _____

Altro (specificare tipologia di reddito)

Importo annuale € _____

R.E.I.S.

Sì No (il calcolo sarà effettuato dagli uffici)

Contributi economici comunali/regionali.

Sì No (il calcolo sarà effettuato dagli uffici)

A.D.I.

Sì No Importo annuale € _____

Altri contributi da altri Enti

Importo annuale € _____

(specificare tipologia _____)

Dichiara inoltre:

- 1.** Di essere in cura presso _____ Dott./Dott.ssa _____
- 2.** 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;
- 3.** di essere consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci nonché della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi mendace.
- 4.** di essere a conoscenza che i servizi sociali comunali potranno effettuare verifiche sulla veridicità dei dati dichiarati mediante consultazione da archivi comunali (es. anagrafe, servizi sociali ecc.) e nazionali (es. INPS, Guardia di Finanza ecc.) esclusivamente finalizzate all'erogazione dei benefici richiesti.
- 5.** di essere informata, 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/bancario (no libretto) IBAN _____

intestato a _____

- Carta Prepagata _IBAN _____

intestata a _____

I/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.

PERFUGAS, _____

IL DICHIARANTE

ALLEGA ALLA PRESENTE:

- MODULO “A”: Certificato del medico specialista attestante il requisito sanitario;

- Copia del documento d'identità del dichiarante;

- Informativa privacy firmata;

- Certificato pensioni Inps anno 2025 (Modulo Obis M);

- Isee 2026;

- Altro (specificare) _____