



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 _____ (_____) Il _____ / _____ / _____

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 Invalidità 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 _____

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.

PERFUGAS, _____

IL 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.**

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)_____**