



COMUNE DI TISSI
AREA SERVIZI GENERALI, DEMOGRAFICI E SOCIALI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
Leggi di Settore (L.R. n. 8/1999)

Il/La Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____/____/____ Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente a _____ in _____

recapito telefonico _____ indirizzo mail _____

in qualità:

☐ **Beneficiario;**

☐ **Legale Rappresentante del :** ☐ **minore;** ☐ **interdetto;** ☐ **inabilitato;** ☐ **amministrato;**

Nominativo: _____

nato/a a _____ il ____/____/____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente a _____ in _____

ai fini di per poter beneficiare delle provvidenze riconosciute dalla Regione Autonoma della Sardegna ai sensi della:

- ☐ L.R. N. 27/1983 e s.m.i.(Talassemici);
- ☐ L.R. N. 11/1985 e s.m.i.(Nefropatici);
- ☐ L.R. N. 9/2004 e s.m.i (Neoplasie maligne);
- ☐ L.R. n. 20/97 e s.m.i (Sofferenti mentali);

DICHIARA

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 quanto segue:

L'importo ISEE per l'anno in corso è pari a €. _____

(Non obbligatorio per i richiedenti della L.R. 9/2004)

Di aver percepito le seguenti entrate:

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.

Tipologia	Anno _____	Anno _____
Pensione e/o assegno sociale		
Contributi Reis		
ADI (Assegno di Inclusione)		
Altro		

- Di essere in possesso dei requisiti previsti dalla normativa sopra richiamata;
- Di non beneficiare, a causa della propria patologia, di altre forme di assistenza economica erogate dallo Stato, dalla regione o da altri enti pubblici o privati;
- Che il proprio reddito **individuale ANNUALE** è determinato come da tabella seguente:

Cognome e Nome	Data di nascita	Stato civile	Relazione parentela	Reddito netto ANNUO (non obbligatorio per L.R. 09/2024)
Anno di riferimento ¹ (_____)		Totale reddito NETTO ANNUO		

- Che è in possesso del seguente Codice Iban (deve essere intestato alla persona beneficiaria o cointestato con quest'ultima):

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione.

TISSI _____

Firma _____

Dichiaro di essere informato, ai sensi del GDPR 2016/679 e s.m.i. che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del relativo procedimento.

TISSI _____

Firma _____

¹ Indicare l'anno di riferimento del Reddito.