

**SUSSIDI ECONOMICI L.R. 15/92; L.R. 20/97 e s.m.i.**  
**Dichiarazione Sostitutiva Cumulativa**  
**(art. 46, 47, 48, 76 del D.P.R. N° 445 del 28 DICEMBRE 2000)**

**AUTOCERTIFICAZIONE MINORI E ADULTI AMMINISTRATI**

**AL COMUNE DI VALLEDORIA**  
**ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ ( ) Il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_\_

in via/p.zza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Email/pec: \_\_\_\_\_

in qualità di:

- ☐ beneficiario/a
- ☐ familiare di riferimento
- ☐ genitore/tutore
- ☐ amministratore di sostegno
- ☐ altro \_\_\_\_\_

del Sig./ra \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ ( ) Il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_\_

in via/p.zza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

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

**DICHIARA**

Ai sensi dell'art. 46 e 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445

che il nucleo familiare di appartenenza del ☐ minore ☐ interdetto ☐ inabilitato ☐ amministrato è composto da:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela
			(Beneficiario)

--	--	--	--

### DICHIARAZIONI RELATIVE ALL'ANNO 2025

(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**, COMPRESI LE EROGAZIONI ASSISTENZIALI PER INVALIDITÀ CIVILE E TRATTAMENTI PENSIONISTICI, **ESCLUSO L'ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO**)

- ☐ Che il beneficiario NON ha percepito nell'anno 2025 nessun contributo economico Nazionale/Comunale;
- ☐ Che il beneficiario ha percepito nell'anno 2025 uno o più dei seguenti contributi economici:

- ☐ Pensione Invalidità civile (per 13 mensilità)  
Importo mensile € \_\_\_\_\_ dal mese di \_\_\_\_\_ al mese di \_\_\_\_\_ per mesi n. \_\_\_\_\_
- ☐ Assegno sociale  
Importo mensile € \_\_\_\_\_ dal mese di \_\_\_\_\_ al mese di \_\_\_\_\_ per mesi n. \_\_\_\_\_
- ☐ Pensioni o indennità INAIL  
Importo mensile € \_\_\_\_\_ dal mese di \_\_\_\_\_ al mese di \_\_\_\_\_ per mesi n. \_\_\_\_\_
- ☐ Pensione per causa di guerra o servizio  
Importo mensile € \_\_\_\_\_ dal mese di \_\_\_\_\_ al mese di \_\_\_\_\_ per mesi n. \_\_\_\_\_
- ☐ Assegno di mantenimento ex coniuge  
Importo mensile € \_\_\_\_\_ dal mese di \_\_\_\_\_ al mese di \_\_\_\_\_ per mesi n. \_\_\_\_\_
- ☐ Assegno di Inclusione (ADI)  
Importo mensile € \_\_\_\_\_ dal mese di \_\_\_\_\_ al mese di \_\_\_\_\_ per mesi n. \_\_\_\_\_
- ☐ Reddito di Inclusione Sociale (REIS)  
Importo mensile € \_\_\_\_\_ dal mese di \_\_\_\_\_ al mese di \_\_\_\_\_ per mesi n. \_\_\_\_\_
- ☐ Altro (Specificare tipologia di reddito ) \_\_\_\_\_  
Importo mensile € \_\_\_\_\_ dal mese di \_\_\_\_\_ al mese di \_\_\_\_\_ per mesi n. \_\_\_\_\_  
Importo *una tantum* € \_\_\_\_\_

#### DICHIARA CHE:

- ☐ il reddito imponibile per l'anno 2025 della famiglia di appartenenza è pari ad € \_\_\_\_\_.
- ☐ il reddito imponibile per l'anno 2024 della famiglia di appartenenza è pari ad € \_\_\_\_\_.
- (solo per i nuclei non in possesso dei redditi che andranno comunque dichiarati **entro il 30.06.2026**)
- ☐ domanda di RINNOVO, il reddito imponibile della famiglia di appartenenza è stato consegnato all'Ufficio Servizio Sociale nel corso dell'anno 2025 e che l'aggiornamento dei redditi andrà comunque dichiarato **entro il 30.06.2026**

#### DICHIARA INOLTRE:

1. 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;
2. di impegnarsi, ai sensi dell'art. 7 comma 4 della L.R. 30.5.1997, n. 20, a comunicare al Comune di Valledoria, l'eventuale periodo di tempo in cui usufruirà del "servizio residenziale" i cui oneri siano a carico del Servizio Sanitario Regionale oppure soggetto pubblico.
3. 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.
4. 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 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 (no libretto) IBAN \_\_\_\_\_ intestato a \_\_\_\_\_

- C/C Bancario 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.

Si allega:

- Copia del documento di identità del richiedente e/o del beneficiario;
- Certificato del medico specialistico (Modulo A), rilasciato dal competente servizio;
- Certificato reddituale dei componenti del nucleo.

Valledoria, \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)