

**RICHIESTA PROVVIDENZE AI SENSI DELLA L.R. N. 20/97.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in questo Comune nella via \_\_\_\_\_,  
tel. \_\_\_\_\_, Cod. Fisc. \_\_\_\_\_;

- Per se medesimo
- In qualità di esercente la potestà sul minore \_\_\_\_\_
- nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in questo Comune nella via \_\_\_\_\_
- In qualità di tutore/curatore dell'interdetto/inabilitato \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in questo Comune nella via \_\_\_\_\_;

**CHIEDE**

la concessione del sussidio economico previsto dalla L.R. 20/97.  
A tal fine allega i seguenti documenti:

- Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà e certificazioni;
- Certificazione rilasciata dal servizio della tutela della salute mentale della ASL di appartenenza;
- Fotocopia cod IBAN;
- Fotocopia documento di identità

Parte riservata alla ASL.

- ASL n. \_\_\_\_\_
- Unità Operativa \_\_\_\_\_
- Si attesta che il/la \_\_\_\_\_ è in carico a questa Unità Operativa dal \_\_\_\_\_ per infermità compresa nell'allegato A della L.R. 15/92, come integrato dall'art. 16 della L.R. 20/97, in grado di costituire motivo di perdita delle capacità occupazionali e/o dell'autonomia del soggetto nelle comuni attività della vita quotidiana.

Unità Operativa (timbro e firma)

\_\_\_\_\_

**Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati**

I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.

Dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni vigenti il Regolamento UE 2016/679 e successive modifiche ed integrazioni, in relazione ai dati contenuti nel presente documento.

Per presa d'atto ed accettazione.

Golfo Aranci \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà e certificazioni**

(Art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a Golfo Aranci Prov. (OT) , in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art.76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera ( art, 75 D.P.R. 445/2000).

DICHIARA

che il proprio reddito derivante da \_\_\_\_\_ e relativo all'anno \_\_\_\_\_ ammonta ad € \_\_\_\_\_, pari a mensili € \_\_\_\_\_.

DICHIARA inoltre di:

essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ di essere residente a Golfo Aranci in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

che il proprio nucleo familiare è così composto:

	Cognome	Nome	Luogo nascita	Data nascita	Rapp. Parentela
1.					dichiarante
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Che non beneficia a causa della propria infermità mentale di altre forme di assistenza economica erogate dallo Stato, dalla Regione o da altri Enti pubblici o privati.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_