



Bauladu, Bonarcado, Cuglieri,
Milis, Nurachi, Santu Lussurgiu,
Scano di Montiferru, Seneghe,
Sennariolo, Tramatzta, Zeddiani



COMUNE DI SENEGHE

SPAZIO PROTOCOLLO

All'Ufficio Servizi Sociali

Oggetto: Richiesta di intervento ai sensi dell'art.10 della L.R. 30 maggio 1997, n. 20, come modificata dall'art. 33 L.R. 29 maggio 2007, n. 2.

Il/la sottoscritt_____ nat_ a _____ il _____ e residente
in questo Comune nella via _____ n. _____
telefono _____ emal _____

CHIEDE

per se medesimo

oppure, in qualità di:

esercente la potestà nei confronti del :

minore

interdetto

inabilitato

assistito da amministratore di sostegno _____

nato a _____ il _____ residente in questo Comune nella via _____

l'attuazione dell'intervento ai sensi dell'art. 10 della L.R. 30 maggio 1997 n. 20 come modificata dall'art. 33 L.R. 29 maggio 2007, n. 2.

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali disponibile sul sito istituzionale dell'ente, nella sezione dedicata al procedimento in questione.

Firma

A tale scopo allega i seguenti documenti :

1) Dichiarazione sostitutiva cumulativa

2) Fotocopia di un documento di identità in corso di validità

3) Copia conforme all'originale della sentenza di nomina di tutore, curatore o amministratore di sostegno (nei casi di persona interdetta, inabilitata o amministrata)

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) _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CUMULATIVA

(Art. 46 e 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)

I Sottoscritt _____

Nat_ a _____ (_____) Il ____/____/____

Residente a _____ in via/p.zza _____ n. _____

CF. _____ tel. _____

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

DICHIARA

Ai sensi dell'Art. 46 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445 (dichiarazione sostitutiva di certificazione):

1. Che per l'anno _____ il reddito individuale comprensivo della 13^a mensilità (al netto delle ritenute previdenziale e assistenziali e delle imposte) è stato pari ad € _____

Ai sensi dell'art. 47 del del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 (dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà):

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

2. di impegnarsi, ai sensi dell'art. 7 comma 4 della L.R. 30.5.1997, n. 20, a comunicare al Comune di residenza , l'eventuale periodo di tempo in cui usufruirà del "servizio residenziale " i cui oneri siano a carico del Servizio Sanitario Regionale oppure soggetto pubblico.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445:

1. 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 .

2. di essere informato, ai sensi dell'art. 13 D. lgs 30.06.2003, n.196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa..

Luogo e data _____

Il Dichiarante

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)
MODULO PER LA COMUNICAZIONE DELLA MODALITÀ DI PAGAMENTO

IL sottoscritto _____ nato a _____ il _____

e residente a _____, in via _____,

C/F _____, tel _____ in qualità di:

per se medesimo;

titolare della responsabilità genitoriale di _____ (indicare nome e cognome);

incaricato della tutela/curatela/amministrazione di sostegno di _____ (allegare decreto di nomina del tribunale).

Consapevole della responsabilità penale cui puo' andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000;

DICHIARA (ai sensi del comma 7 dello stesso art.3)

1. Di voler ricevere le comunicazioni in merito ai pagamenti dovuti dal Comune di Seneghe, **all'indirizzo e-mail:** _____

2. **Di scegliere come modalità di pagamento** di quanto dovuto dal Comune di Seneghe ai fini dei rimborsi previsti: (barrare una delle seguenti modalità di pagamento)

Quietanza diretta in denaro contante intestata al sottoscritto da ritirare presso il Tesoriere Banco di Sardegna di Seneghe;

Quietanza diretta in denaro contante con delega alla riscossione a favore di _____ nato a _____ il _____ CF: _____ da ritirare presso il Tesoriere Banco di Sardegna di Seneghe (allegare carta d'identità del delegante e delegato);

Bonifico bancario presso il conto corrente intestato o cointestato al sottoscritto:

DATI IDENTIFICATIVI DEL CONTO CORRENTE:

accredito su c/c postale presso ufficio postale di _____

accredito su c/c Bancario-Banco di _____ agenzia di _____

2 car.	2 car.	1 car	5 caratteri	5 caratteri	12 caratteri
PAESE	CHECK	CIN	ABI	CAB	N°CONTO

Dichiara di essere informato, che ai sensi e per gli effetti del D. Lgs 196/2003, e del regolamento UE GDPR (GENERAL DATA PROTECTION REGULATION) N. 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.

FIRMA

Si allega Documento di Identità in corso di validità del dichiarante

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CUMULATIVA
(Art. 46 e 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)
RESA DAL GENITORE O TUTORE O CURATORE**

I_ Sottoscritt _____

Nat_ a _____ (____) il ____ / ____ / ____

CF. _____ TEL. _____

Residente a _____ in via/p.zza _____ n. ____ in qualità di:
(barrare la casella) genitore tutore curatore

Del sig. _____ nat_ a _____

il ____ / ____ / ____ e residente a _____ in

via/p.zza _____ n. ____ CF. _____

Ai fini della concessione per l'anno _____ 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 (dichiarazione sostitutiva di certificazione):

1. che per la famiglia di appartenenza del minore interdetto inabilitato è composto da:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

2. Che per l'anno _____ il reddito imponibile della famiglia di appartenenza di cui al precedente punto 1 è risultato pari ad € _____

Ai sensi dell'art. 47 del del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 (dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà):

1. che a causa della propria patologia , il minore interdetto inabilitato non beneficia di altre forme di assistenza economica erogata dallo Stato, dalla Regione o da altri Enti Pubblici

2. di impegnarsi, ai sensi dell'art. 7 comma 4 della L.R. 30.5.1997, n. 20, a comunicare al Comune di residenza , l'eventuale periodo di tempo in cui minore interdetto inabilitato usufruirà del "servizio residenziale " i cui oneri siano a carico del Servizio Sanitario Regionale oppure soggetto pubblico.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445:

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, ai sensi dell'art. 13 D. lgs 30.06.2003, n.196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data _____, _____

Firma del richiedente _____