



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)

Prot. n. _____ del _____

Autocertificazione Adulti

Al **Comune di Sassari**

Settore Politiche, Servizi e Coesione sociale
Via Zara, 2 - 07100 Sassari

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 2025 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 dell'art. 46 e 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445

Quadro A – dichiarazioni relative all'anno 2024.

☐ Che il beneficiario non ha percepito nell'anno 2024 nessun contributo economico Nazionale/Comunale;

☐ Che il beneficiario ha percepito nell'anno 2024 uno o più dei seguenti contributi economici:

☐ Reis

☐ Sì

☐ No

(il calcolo sarà effettuato dagli uffici)

☐ Adi (assegno di inclusione)

☐ Sì

☐ No

Importo mensile € _____ per mesi _____

☐ Altri contributi da altri Enti,

☐ Sì

☐ No

Importo mensile € _____ per mesi _____

(specificare tipologia _____)

Quadro B – Dichiarazioni relative all'anno 2025

Che nell'anno **2025** il beneficiario percepirà i seguenti sussidi:

☐ Pensione Invalidità civile (per 13 mensilità)

Importo mensile € _____ dal mese di* _____ per mesi _____

☐ Assegno sociale

Importo mensile € _____ dal mese di _____ per mesi _____

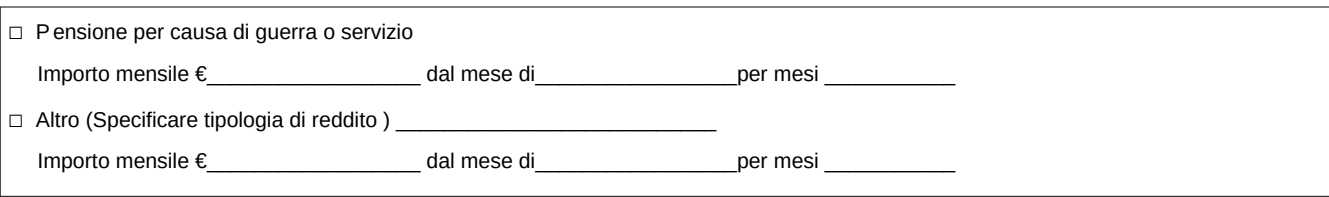
☐ Assegno di inclusione (ADI)

Importo mensile € _____ dal mese di _____ per mesi _____

☐ Pensioni o indennità INAIL

Importo mensile € _____ dal mese di _____ per mesi _____

* In caso di riconoscimento recente indicare il mese di decorrenza



- 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 Sassari, 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.

[illegible][illegible][illegible]

Sassari, _____

☐ fotocopia documento di identità (obbligatorio)

☐ informativa sulla privacy (obbligatorio)

☐ certificato Isee in corso di validità (non obbligatorio)

☐ altro (specificare _____)

**** 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.**