



Amministrazione destinataria

Comune di Ittiri

Ufficio destinatario

Settore Socio-Assistenziale, Culturale,  
Scolastico e Sportivo

## Domanda di intervento ai sensi della Legge regionale 20/1997 "provvidenze a favore di persone residenti in Sardegna affette da patologie psichiatriche", modificata dall'art.33 della Legge regionale 2/2007

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Residenza										
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>				

### in qualità di

Ruolo

- destinatario del beneficio
- titolare della responsabilità genitoriale
- amministratore di sostegno/tutela

**Pertanto allega la copia del decreto di nomina in corso di validità**

- familiare o persona delegata  
*(in possesso di delega formale da parte del destinatario)*

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Residenza										
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>				

**Pertanto allega copia dell'atto di delega e documenti di identità del destinatario del beneficio**

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

**Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica**

## CHIEDE

la concessione per l'annualità in corso, del sussidio economico di cui all'art.4 della Legge regionale 20/1997

**Soggetto interessato**

per sé stesso

per il seguente familiare o tutelato

**soggetto interessato**

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

di essere in carico presso

il servizio di neuropsichiatria (per i minori)

Denominazione

Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Scala Piano SNC CAP

Dottore di riferimento

il centro di salute mentale (per gli adulti)

Denominazione

Provincia Comune Indirizzo Civico Barrato Scala Piano SNC CAP

Dottore di riferimento

che l'erogazione del sussidio economico è legato alla sottoscrizione di un progetto abilitativo, motivandolo in accordo con le strutture sanitarie di riferimento

che il proprio nucleo familiare e i relativi redditi sono quelli riportati nella tabella seguente

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela	Reddito annuo netto	
					€
					€
					€
					€
					€
					€
Anno di riferimento				Totale reddito annuo netto	
					€

di non aver diritto a rimborsi o sussidi per lo stesso titolo da parte di enti previdenziali o assicurativi, o di altri enti anche sulla base di normative statali/regionali

di aver presentato dichiarazione dei redditi del nucleo, riferita all'anno antecedente la richiesta dell'intervento

che il beneficiario del sussidio percepisce

<input type="checkbox"/> pensione di invalidità	Anno di riferimento	Importo	Numero mesi	Totale annuale
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		€		
<input type="checkbox"/> indennità di frequenza	Anno di riferimento	Importo	Numero mesi	Totale annuale
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		€		
<input type="checkbox"/> indennità di accompagnamento	Anno di riferimento	Importo	Numero mesi	Totale annuale
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		€		
<input type="checkbox"/> reddito di inclusione sociale (REIS)	Anno di riferimento	Importo	Numero mesi	Totale annuale
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		€		
<input type="checkbox"/> assegno di inclusione (ADI) / supporto formazione e lavoro (SFL)	Anno di riferimento	Importo	Numero mesi	Totale annuale
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		€		
<input type="checkbox"/> assegno di mantenimento, rendita INAIL, ecc..	Anno di riferimento	Importo	Numero mesi	Totale annuale
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		€		

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

il nucleo familiare è in possesso di attestazione ISEE

Importo	Data di rilascio	Data di scadenza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
€		

### CHIEDE INOLTRE

che il versamento dei sussidi economici avvenga con la seguente modalità

<input type="radio"/> accredito su c/c postale o bancario	
Codice IBAN	
<input type="text"/>	
Cognome intestatario	Nome intestatario
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> accredito su carta prepagata	
Codice IBAN	
<input type="text"/>	
Cognome intestatario	Nome intestatario
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> rimessa diretta	
<i>(solo per importi inferiori a 1.000,00 €)</i>	

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- copia del certificato medico specialista (modulo A) rilasciato dal competente servizio pubblico sanitario che ha in carico il beneficiario
- certificazione ISEE in corso di validità
- copia del modello Obis/M dell'annualità in corso  
*(scaricabile dal sito dell'INPS)*
- documentazione attestante i redditi percepiti dal nucleo familiare (730, modello unico, CUD)
- copia del decreto di nomina dell'amministratore di sostegno in corso di validità
- copia dell'atto di delega e del documento di identità del destinatario del piano
- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Ittiri

Luogo

Data

il dichiarante