

**Amministrazione destinataria**

Comune di San Vero Milis

**Ufficio destinatario**

Ufficio servizi sociali

**Domanda di sussidi economici a favore di persone con disturbo mentale****Il sottoscritto**

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata					

**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**

il rilascio di sussidi economici

**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	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)										

**CHIEDE INOLTRE**

che il versamento dei sussidi economici avvenga con la seguente modalità

- accreditato su c/c postale o bancario

Codice IBAN

Cognome intestatario

Nome intestatario

- accreditato su carta prepagata

Codice IBAN

Cognome intestatario

Nome intestatario

- rimessa diretta

(solo per importi inferiori a 1.000,00 €)

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

Denominazione

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Scala

Piano

SNC

CAP

Dottore di riferimento

- il centro di salute mentale

Denominazione

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Scala

Piano

SNC

CAP

Dottore 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	
<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="text"/>	<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="text"/>	<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="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€
<b>Anno di riferimento</b>				<b>Totale reddito annuo netto</b>	
<input type="text"/>				<input type="text"/>	€

- 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

di aver percepito le seguenti entrate escluso l'assegno di accompagnamento

pensione di invalidità

Anno di riferimento

Importo

€

indennità di frequenza

Anno di riferimento

Importo

€

pensione di accompagnamento

Anno di riferimento

Importo

€

reddito di inclusione sociale (REIS)

Anno di riferimento

Importo

€

reddito di cittadinanza (RDC)

Anno di riferimento

Importo

€

altro

Nome del reddito

Anno di riferimento

Importo

€

di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente e di assumere 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

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 del medico specialista
- 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.

San Vero Milis

Luogo

Data

il dichiarante