



COMUNE DI ONIFERI

PROVINCIA DI NUORO

Piazza del Popolo 4 - 08020 ONIFERI

☎ 0784-70051/70284/709002 ☒ 0784-70204

✉ serviziociali@comune.oniferi.nu.it - uffsociale@pec.comuneoniferi.nu.it

C.F. 80005410917 - P.IVA 00844880914

Al Responsabile del Servizio Sociale
del Comune di ONIFERI

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 _____
telefono n. _____,

CHIEDE

- Per se medesimo

Oppure, in qualità di:

- esercente la potestà nei confronti del minore _____

- Tutore dell'interdetto _____

- Curatore dell'inabilitato _____

- Amministratore di Sostegno di _____

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.

Allega alla presente:

- copia del documento di identità (del richiedente e del beneficiario se diverso)
- copia del codice fiscale (del richiedente e del beneficiario se diverso)
- dichiarazione sostitutiva di certificazione

Firma

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)

Data _____



COMUNE DI ONIFERI

PROVINCIA DI NUORO

Piazza del Popolo 4 - 08020 ONIFERI

☎ 0784-70051/70284/709002 ☒ 0784-70204

✉ serviziociali@comune.oniferi.nu.it - uffsociale@pec.comuneoniferi.nu.it

C.F. 80005410917 - P.IVA 00844880914

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (MINORI)

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____
il _____ residente a _____

in Via _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

IN QUALITA' DI

- esercitante la potestà nei confronti del minore nato a _____
il _____ residente a _____
ONIFERI in Via _____ Codice Fiscale _____

- Tutore /Curatore /Amministratore di sostegno di nato a _____
il _____ residente a _____
ONIFERI in Via _____ Codice Fiscale _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

Che il reddito imponibile complessivamente percepito dal nucleo familiare di appartenenza del beneficiario nell'anno (1) è pari a € _____

Che il reddito personale complessivamente percepito dal beneficiario nell'anno (1) è pari a € _____ e derivante da _____ (2)

Che il beneficiario dell'intervento di cui alla legge regionale 20/97 non usufruisce, a causa della propria infermità mentale, di altre forme di assistenza economica erogate dallo Stato, dalla Regione o da altri Enti Pubblici o privati.

Che il beneficiario nel è stato assistito da (indicare la struttura presso la quale il soggetto è stato in cura a causa della propria infermità mentale) _____ ed il medico che lo ha in cura è _____ ovvero è stato ricoverato presso la seguente struttura dal _____ al _____

CHIEDE INOLTRE

Per la persona che rappresenta, che l'eventuale pagamento del sussidio sia effettuato nel modo seguente:

- Contanti da riscuotersi presso la Tesoreria Comunale
- Assegno circolare non trasferibile intestato al sottoscritto
- Accredito sul c.c. bancario intestato a _____ codice

IBAN _____



COMUNE DI ONIFERI

PROVINCIA DI NUORO

Piazza del Popolo 4 - 08020 ONIFERI

☎ 0784-70051/70284/709002 ☒ 0784-70204

✉ serviziociali@comune.oniferi.nu.it - uffsociale@pec.comuneoniferi.nu.it

C.F. 80005410917 - P.IVA 00844880914

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo e data)

IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione non va autenticata e sostituisce in via definitiva, per tutti gli effetti i certificati richiesti o destinati alle pubbliche amministrazioni, ai gestori di pubblici servizi ed ai privati che vi consentono.

NOTE:

- 1) dichiarare il reddito ultimo disponibile
- 2) ai sensi della normativa cui si fa riferimento "Concorrono alla determinazione del reddito individuale mensile tutte le entrate, comunque conseguite, comprese le erogazioni assistenziali per invalidità civile ed i trattamenti pensionistici, escluso l'assegno di accompagnamento" art. 9, comma 2 della L.R. n. 15 del 27.08.1992 e successive integrazioni e modifiche



COMUNE DI ONIFERI

PROVINCIA DI NUORO

Piazza del Popolo 4 - 08020 ONIFERI

☎ 0784-70051/70284/709002 ☎ 0784-70204

✉ serviziociali@comune.oniferi.nu.it - uffsociale@pec.comuneoniferi.nu.it

C.F. 80005410917 - P.IVA 00844880914

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (ADULTI) (ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____
_____ il _____ residente a ONIFERI in Via _____
_____ Codice Fiscale _____
_____ Telefono _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

Che il reddito personale complessivamente percepito nell'anno (1) è pari a
€ _____ e derivante da _____ (2)

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

Che nell'anno _____ è stato assistito da (indicare la struttura presso la quale il soggetto è stato in cura a causa della propria infermità mentale) _____ ed il medico che lo ha in cura è _____

ovvero è stato ricoverato presso la seguente struttura dal _____ al _____

CHIEDE INOLTRE

che l'eventuale pagamento del sussidio sia effettuato nel modo seguente:

Contanti da riscuotersi presso la Tesoreria Comunale

Assegno circolare non trasferibile intestato al sottoscritto

Accredito sul c.c. bancario/ postale presso _____ intestato a _____

codice _____ IBAN _____

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo e data)

IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione non va autenticata e sostituisce in via definitiva, per tutti gli effetti i certificati richiesti o destinati alle pubbliche amministrazioni, ai gestori di pubblici servizi ed ai privati che vi consentono.

NOTE:

1) dichiarare il reddito ultimo disponibile

2) ai sensi della normativa cui si fa riferimento "Concorrono alla determinazione del reddito individuale mensile tutte le entrate, comunque conseguite, comprese le erogazioni assistenziali per invalidità civile ed i trattamenti pensionistici, escluso l'assegno di accompagnamento" art. 9, comma 2 della L.R. n. 15 del 27.08.1992 e successive integrazioni e modificazioni