

**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 n. \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

CHIEDE

per se medesimo

*oppure*, in qualità di:

esercente la potestà nei confronti del minore o dell'interdetto, inabilitato o amministrato del sig.  
\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in questo  
Comune in 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.

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)

\_\_\_\_\_

## AUTOCERTIFICAZIONE

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente  
a Capoterra in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

### DICHIARA

Sotto la propria responsabilità consapevole delle sanzioni, anche penali, previste nel caso di dichiarazione non veritiera, così come stabilito dall'art.26 della legge 15/1968, richiamato dall'art 6, del D.P.R. n.445/2000:

- CHE il reddito del nucleo familiare anagrafico per l'anno 2017 è stato di €. \_\_\_\_\_ ( da dichiarare solo in caso di minore, interdetto o inabilitato o amministrato)
- CHE l'attuale reddito mensile percepito dall'aspirante beneficiario è di €. \_\_\_\_\_ e derivante da \_\_\_\_\_ (pensione invalidità civile o altro tipo di pensione, lavoro)

Oppure:

- DI non aver alcun reddito mensile in quanto disoccupato e di non essere titolare di pensione di invalidità civile, rendita INAIL, pensione di guerra, pensione sociale.

Dichiara inoltre non beneficiare a causa dell'infermità di altre forme di assistenza economica erogata dallo Stato, dalla Regione, da altri enti pubblici o privati;

Il sottoscritto chiede, che il pagamento del sussidio sia effettuato nel seguente modo:

- a nome del sottoscritto in contanti presso la tesoreria comunale ;
- accredito cc bancario/postale Banca \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ intestato a \_\_\_\_\_ codice IBAN \_\_\_\_\_
- tramite delega (che si allega )

Si allega la seguente documentazione:

- fotocopia del documento di identità e del codice fiscale.
- delega per la riscossione dei benefici.
- copia conforme all'originale della sentenza di nomina di tutore , curatore o Amministratore di sostegno

Di essere informato, ai sensi del D. Lgs.vo 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento e del Consiglio del 27 aprile 2016 che, con riferimento ai dati personali che saranno forniti nell'ambito del procedimento avviato con questa istanza:

- il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Capoterra, nella persona del Sindaco;
- il Responsabile della protezione dei Dati Personali è Vito Rocco Carbone, il cui recapito è: rdp\_capoterra@methe.it
- i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e solo da parte dei funzionari che vi prenderanno parte;
- gli atti del presente procedimento, contenenti i dati personali, verranno conservati per il periodo necessario al funzionamento dell'Ente e, comunque, non superiore ai 10 anni;
- il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale rifiuto a fornirli comporta l'automatica esclusione dai benefici

- il titolare dei dati personali potrà sempre richiederne la rettifica o la cancellazione, limitarne il trattamento, opporsi allo stesso ed anche alla portabilità dei dati, fermo restando che tali iniziative comporteranno l'esclusione automatica dalla lista dei beneficiari, ove impediscano la prosecuzione del procedimento o il mantenimento dell'utilità acquisita;
- in caso di violazione della normativa in materia, l'interessato potrà proporre reclamo alla Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali, ovvero all'autorità giudiziaria competente.

Dichiara inoltre di essere a conoscenza che L'Amministrazione Comunale, procederà con il metodo a campione o nel caso di dubbia attendibilità delle dichiarazioni rese, ad effettuare idonei controlli, ai sensi dell'art.71 del D.P.R. 445/2000, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive presentate anche per il tramite degli Uffici finanziari, Uffici della Guardia di Finanza, Banca dati dell'INPS e ogni altro sportello di controllo tributario, ecc....

Ai sensi dell'art. 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 sono previste le sanzioni penali in caso di dichiarazione non veritiera o falsa e saranno esclusi dal beneficio i soggetti che a seguito di accertamenti dell'ufficio risulti in contrasto con la situazione reddituale dichiarata.

Firma \_\_\_\_\_