

OGGETTO: Richiesta di intervento ai sensi dell'art. 10 L.R. 20 1997, n. 20, modificata dall'art. 33 L.R. 2/2007. Anno 2026. Riconoscimento/Rinnovo

Il/La sottoscritt_ _____

Nata/o a _____ il ____/____/____ e residente nel Comune di
Portoscuso nella Via/Piazza _____ n.

Tel. _____ C.F. _____

CHIEDE

per se medesimo

Oppure in qualità di: (barrare la casella che interessa)

esercente la potestà nei confronti del minore o interdetto o inabilitato o assistito dall'amministratore di sostegno di
(nome e cognome) _____

Nat_ a _____ il ____/____/____ e residente nel Comune di Portoscuso
nella

Via /Piazza _____ n. ____ CF. _____

L'attuazione dell'intervento ai sensi dell'art. 10 della L.R. 20/97 come modificata dall'art. 33 L.R. 2/ 2007.

Portoscuso, _____
(data)

Firma

A tale scopo allega i seguenti documenti:

- Dichiarazione sostitutiva cumulativa (obbligatoria)
- Fotocopia documento d'identità in corso di validità e della tessera sanitaria (obbligatoria)
- copia conforme all'originale del Decreto del Giudice Tutelare di nomina a Tutore, Curatore o Amm.re di sostegno;
- modello Obis – M anno 2025.

non saranno tenute in considerazione le domande non compilate correttamente e in tutte le loro parti.

Parte riservata alla ATS Sardegna

ASL n. _____
Unità operativa _____

Si attesta che _____ è in carico a questa
Unità

Operativa dal ____/____/____ per l'infermità compresa nell'Allegato A, L.R. 15/92, come integrato
dall'art. 16 della L.R. 20/97, in grado di costituire motivo di perdita della capacità occupazionali e/o
dell'autonomia del soggetto nelle comuni attività della vita quotidiana.

Unità Operativa (timbro e firma)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CUMULATIVA
(articoli 46, 47, 46, 48 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000)

Il/La sottoscritt_ _____

Nata a _____ il ____/____/____ e residente nel Comune di
Portoscuso nella Via/Piazza _____ n. _____

Tel. _____ C.F. _____

***Ai fini della concessione per l'anno 2025 del sussidio economico di cui all'art.4 della L.R. 30 maggio, n.20
DICHIARA***

- ✓ Che la composizione del nucleo familiare è la seguente:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela	Attività

- ✓ Che nell'anno _____ ha percepito le seguenti provvidenze economiche:

Assegno di inclusione (ADI) €.....; **REIS** €.....; **Pensione di Invalidità Civile** €
.....;

Indennità di frequenza (minori) €.....; **Altro** €.....

- ✓ Che per l'anno _____ il reddito individuale comprensivo della 13^ª mensilità (al netto delle ritenute previdenziale e assistenziali e delle imposte) è stato pari ad € _____;
- ✓ che a causa della propria patologia, non beneficia di altre forme di assistenza economica erogata dallo Stato, dalla Regione o da altri Enti Pubblici ;
- ✓ 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 ;
- ✓ Di autorizzare al trattamento dei dati personali nel rispetto dei principi di cui al Regolamento UE 2016/679 RGDP (vedi Informativa);;

Che hai fini dell'erogazione del sussidio economico **di cui all'art. 4 della legge Regionale n.20 del 30 maggio 1997, le seguenti coordinate bancarie:**

CODICE IBAN (No Libretto Postale):_____

PRESSO BANCA /O POSTA_____

INTESTATO A _____

Portoscuso, _____

Firma _____