



**Al Sig. Sindaco
Comune di Silius
Via Aldo Moro, 14
09040 Silius (SU)**

OGGETTO: LEGGE REGIONALE 9/2004 – RICHIESTA PROVVIDENZE ECONOMICHE A FAVORE DI CITTADINI AFFETTI DA NEOPLASIE MALIGNHE.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov. _____
 il _____ residente in SILIUS (SU) in via/piazza _____ n. _____ cap. _____
 telefono fisso n. _____ cellulare _____ codice fiscale _____
 e-mail _____ fax _____ pec _____

CHIEDE

per sé medesimo

Oppure in qualità di:

- esercente la potestà nei confronti del minore o dell'interdetto o dell'inabilitato _____ nato/a a _____ prov. _____ il _____ e residente nella Comune di SILIUS (SU) in via/piazza _____ n. _____
- Amministratore di sostegno in virtù del Decreto di nomina del _____ (di cui si allega copia) dell'assistito _____ nato/a a _____ prov. _____ il _____ e residente nella Comune di SILIUS (SU) in via/piazza _____ n. _____

di poter beneficiare delle provvidenze economiche previste dalla L.R. 9/2004 e successive modifiche ed integrazioni

A tal fine consapevole delle sanzioni penali, di altre provvidenze non veritiere, d'informazione o usi di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 556 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

- 1) di essere nato a _____/che il/la sig. _____ è nato a _____;
- 2) di essere residente a **Silius**/ che il/la sig. _____ è residente a **Silius**;
- 3) che il proprio nucleo familiare /che il nucleo familiare del/la sig. _____ è così composto:

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Relazione di parentela

- 4) che il reddito netto annuo del proprio nucleo familiare/ del nucleo familiare del/la sig. _____ relativo all'anno _____ (ultima dichiarazione presentata) è pari a complessivi € _____

N.	Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Relazione di parentela	Reddito netto annuo
1						€
2						€
3						€
TOTALE						€

Ai fini della LR 9/2004:

1) per nucleo familiare deve intendersi:

-nel caso di persone coniugata, quello costituito dall'interessato stesso e, se conviventi, dal coniuge e figli minori;

-nel caso di persona celibe o nubile quello costituito dall'interessato stesso e, se conviventi, dai genitori e fratelli minori;

Il reddito netto effettivo riferibile al soggetto beneficiario è quello derivante da prestazioni di lavoro autonomo o dipendente, da compartecipazioni ad utili societari, da pensioni o da rendite immobiliari dall'interessato stesso, del coniuge e dei figli minori conviventi:

- nel caso di soggetto coniugato dell'interessato stesso, dei genitori e dei fratelli minori conviventi - nel caso di soggetto celibe o nubile.

per reddito netto ai fini delle provvidenze previste dalle leggi di settore deve intendersi il reddito imponibile preso a base per il calcolo delle addizionali regionali e comunali meno l'imposta netta Irpef di competenza e le addizionali comunali e regionali stesse (nota RAS prot. n. 3959 del 11/05/2007).

- 5) di non percepire, per la stessa patologia, di altre provvidenze assistenziali relative a rimborsi per le spese di viaggio e soggiorno;
- 6) che le fotocopie dei documenti allegati alla richiesta per la concessione dei benefici previsti dalla L.R. 9/2004 sono conformi all'originale in mio possesso/ in possesso del/la sig. _____;
- 7) che la modalità di riscossione prescelta è la seguente:

accredito sul c/c bancario n. _____ Banca _____ intestato e riscuotibile dal richiedente Sig. _____;

accredito sul c/c postale n. _____ intestato e riscuotibile dal richiedente Sig. _____;

accredito sul c/c bancario n. _____ Banca _____ intestato e riscuotibile da altra persona Sig. _____ nato/a a _____ il _____ e residente a _____ in Via _____ al n. _____ Telefono _____ in qualità di Familiare: Coniuge, Genitore, Figlio, Fratello (barrare la voce che interessa)

Amministratore di sostegno

Altro (specificare) _____

accredito sul c/c postale n. _____ intestato e riscuotibile da altra persona Sig. _____ nato/a a _____ il _____ e residente a _____ in Via _____ al n. _____ Telefono _____ in qualità di Familiare: Coniuge, Genitore, Figlio, Fratello (barrare la voce che interessa)

Amministratore di sostegno o tutore

Altro (specificare) _____

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. N. 196 del 30.06.2003 e del Regolamento UE 679/2016 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega:

- Certificazione rilasciata da Centri Ospedalieri o Universitari;
- Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità del beneficiario e del richiedente (se diverso dal beneficiario)
- Fotocopia del codice fiscale del beneficiario e del richiedente (se diverso dal beneficiario)
- Copia conforme all'originale del decreto di nomina a tutore o curatore o amministratore (se esistente)

Silius, li _____

IL RICHIEDENTE / DICHIARANTE

CERTIFICAZIONE

(Rilasciata da Centri Ospedalieri o Universitari)

Si certifica che __l__ Sig. _____ nato/a a
_____ il _____ residente a
SILIUS (SU) Via _____ n. _____ risulta affetto/a da patologia
prevista ai sensi della Legge Regionale n. 9/2004 articolo 1, lettera f), accertata in data _____.

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

Cagliari, li _____

IL DIRIGENTE MEDICO
