



Amministrazione destinataria

Comune di Porto Torres

Ufficio destinatario

Ufficio politiche sociali

Domanda di sussidi economici a favore di persone con disturbo mentale

Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale				
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			

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

la concessione del beneficio ai sensi della Legge regionale 30/05/1997, n. 20, art. 10 modificata dalla Legge regionale 29/05/2007, n. 2, art. 33 come

- nuovo progetto
- rinnovo progetto

Soggetto interessato

- per sè stesso
- per il seguente familiare o tutelato

Cognome		Nome			Codice Fiscale				
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

in qualità di (*)

Ruolo

In qualità di (*):

amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

CHIEDE INOLTRE

che il versamento dei sussidi economici avvenga con la seguente modalità

accredito su c/c postale o bancario

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 aver effettuato la scelta o richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337-ter e 337-quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori
- che ai fini dell'applicazione dell'articolo 317 del Codice civile, l'altro genitore non può presentare istanza
- che ai fini dell'applicazione dell'articolo 337-ter del Codice civile, limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione il giudice ha stabilito l'esercizio della responsabilità genitoriale separatamente

che il beneficiario ha percepito nell'anno precedente a quello in corso

pensione di invalidità

Anno di riferimento

Importo

€

indennità di frequenza

Anno di riferimento

Importo

€

reddito di inclusione sociale (REIS), RDC o contributi economici comunali (solo beneficiari maggiorenni)

Anno di riferimento

Importo

€

progetto inclusis o simili

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

che il beneficiario è in possesso del requisito sanitario come da Allegato A

che, per i beneficiari minorenni, il reddito familiare è desumibile dall'ISEE allegato

il nucleo familiare è in possesso di attestazione ISEE

Valore isee ordinario

Numero protocollo ISEE

CHIEDE INOLTRE

- che il versamento avvenga con accredito portale, bancario o carta prepagata

Istituto

IBAN

Codice BIC (swift) (se conto estero)

Intestatario del conto corrente

- il sottoscritto è intestatario del conto corrente
- l'intestatario del conto corrente è

Cognome

Nome

Codice Fiscale

- che il versamento avvenga su rimessa diretta
(solo per importi inferiori a 1.000,00 €)

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 dell'attestazione ISEE
- decreto di nomina dell'amministratore di sostegno
- allegato A
(solo nuovi progetti)
- copia del documento d'identità del beneficiario
(familiare o tutelato)
- 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.

Porto Torres

Luogo

Data

Il dichiarante