



Amministrazione destinataria

Comune di Alghero

Ufficio destinatario

Ufficio politiche sociali - Punto accesso

Servizi Sociali (PASS)

Richiesta provvidenza a favore di persone affette da patologie psichiatriche

Ai sensi della Legge regionale 30/05/1997, n. 20

Il sottoscritto

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

CHIEDE

il rilascio di sussidi economici

<input type="radio"/>	per sè stesso in qualità di beneficiario adulto																		
<input type="radio"/>	per il seguente familiare, tutelato o amministrato																		
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Cognome</td> <td colspan="2">Nome</td> <td colspan="2">Codice Fiscale</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Sesso</td> <td>Data di nascita</td> <td colspan="2">Luogo di nascita</td> <td>Cittadinanza</td> </tr> <tr> <td colspan="6">In qualità di (*)</td> </tr> </table>		Cognome		Nome		Codice Fiscale		Sesso		Data di nascita	Luogo di nascita		Cittadinanza	In qualità di (*)					
Cognome		Nome		Codice Fiscale															
Sesso		Data di nascita	Luogo di nascita		Cittadinanza														
In qualità di (*)																			

In qualità di (*):

genitore di minore di 18 anni, tutore, curatore, amministratore di sostegno di soggetto amministrato o interdetto

attualmente residente in

Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
-----------	--------	-----------	--	--------	---------	-------	-------	------------------------------	-----

CHIEDE INOLTRE

che il versamento dei sussidi economici avvenga sul seguente conto corrente postale o bancario

Codice IBAN		
Cognome intestatario	Nome intestatario	Codice Fiscale intestatario

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 essere in carico presso

il servizio di neuropsichiatria

Denominazione										
Provincia	Comune			Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
Dottore di riferimento										

il centro di salute mentale

Denominazione										
Provincia	Comune			Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
Dottore di riferimento										

che il proprio nucleo familiare è così composto

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela
Anno di riferimento			

di non aver diritto a rimborsi o sussidi per lo stesso titolo da parte di enti previdenziali o assicurativi, o di altri enti anche sulla base di normative statali regionali

di aver presentato dichiarazione dei redditi del nucleo

di aver percepito le seguenti entrate escluso l'assegno di accompagnamento

pensione di invalidità

Anno di riferimento	Numero di mensilità	Importo
		€

indennità di frequenza

Anno di riferimento	Numero di mensilità	Importo
		€

pensione di accompagnamento

Anno di riferimento	Numero di mensilità	Importo
		€

reddito di inclusione sociale (REIS)

Anno di riferimento	Numero di mensilità	Importo
		€

reddito di cittadinanza (RDC)

Anno di riferimento	Numero di mensilità	Importo
		€

altro

Nome del reddito		
Anno di riferimento	Numero di mensilità	Importo
		€

di non aver percepito nessuna entrata come la pensione

- di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente e di assumere tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione

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)

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | modulo A - copia del certificato del medico specialista |
| <input type="checkbox"/> | documentazione comprovante i redditi percepiti dal nucleo familiare |
| <input type="checkbox"/> | modello Obis-M anno 2024 |
| <input type="checkbox"/> | decreto di nomina dell'amministratore o tutore
<i>(da allegare nel caso in cui la pratica venga presentata dall'amministratore o dal tutore)</i> |
| <input type="checkbox"/> | modulo delega per il pagamento
<i>(da allegare nel caso in cui la pratica venga presentata dall'amministratore o dal tutore)</i> |
| <input type="checkbox"/> | copia del documento di identità
<i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i> |
| <input type="checkbox"/> | altri allegati (specificare) |

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.

Alghero

Luogo

Data

Il dichiarante