

Spazio riservato al protocollo



COMUNE DI NULVI
PROVINCIA DI SASSARI

Dichiarazione Sostitutiva per Provvidenze TALASSEMICI ⁽¹⁾
- L.R. N. 27 del 25 novembre 1983 e s.m.i. -

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. _____ il ___ / ___ / _____

Codice Fiscale _____

residente a Nulvi in via/p.zza _____ n° _____

tel./cell. _____ e-mail _____

ai fini della presentazione rinnovo

della domanda presentata per poter beneficiare delle provvidenze riconosciute dalla Regione Autonoma della Sardegna ai sensi della L.R. N. 27 del 25 novembre 1983 e s.m.i..

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 quanto segue:

- di essere in possesso dei requisiti previsti dalla normativa sopra richiamata;
- di sottoporsi, con la regolarità che la propria affezione richiede, alle prestazioni sanitarie specifiche;
- di non aver diritto e comunque di non usufruire di rimborsi o sussidi per lo stesso titolo da parte di enti previdenziali o assicurativi, o di altri enti anche sulla base di normative statali e regionali;
- che il proprio nucleo familiare⁽²⁾ e relativi redditi⁽³⁾ sono composti come da tabella seguente:

Cognome e nome	Data di nascita	Stato civile	Relazione parentela	Reddito netto ANNUO ⁽³⁾
Anno di riferimento (_____)⁽⁴⁾ Totale reddito NETTO ANNUO				

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione, nella composizione del proprio nucleo familiare e/o nei redditi indicati precedentemente, che dovesse intervenire successivamente e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs N. 196 del 30/03/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Nulvi, _____

Il dichiarante

Istruzioni per la compilazione

(1) La presente dichiarazione sostitutiva deve essere compilata e consegnata agli uffici territoriali competenti ogni volta che intervengano variazioni nella composizione del Nucleo familiare e/o nei Redditi dei diversi componenti.

SI È COMUNQUE TENUTI, PENA LA SOSPENSIONE DELLE EROGAZIONI MENSILI:

a) a compilare e consegnare il presente modulo agli uffici territoriali competenti **entro il 30 giugno di ogni anno;**

b) a consegnare agli uffici territoriali competenti **entro il 30 giugno ed entro il 31 dicembre di ogni anno** le certificazioni rilasciate dal Presidio sanitario nelle quali si attesta che il **TALASSEMICO, EMOFILICO o EMOLINFOPATICO** si è sottoposto, con la regolarità che la propria affezione richiede, alle prestazioni sanitarie specifiche.

(2) Composizione Nucleo Familiare:

Il nucleo familiare da indicare nel prospetto ai fini della determinazione delle Provvidenze dovute ai talassemici è quello previsto dall'art. 3 della L.R. N. 27 del 25.11.1983 e s.m.i.

Nel caso di **TALASSEMICO, EMOFILICO o EMOLINFOPATICO CONIUGATO** bisogna indicare lo stesso e, se conviventi, il coniuge e i figli **MINORI**.

Nel caso di **TALASSEMICO, EMOFILICO o EMOLINFOPATICO CELIBE O NUBILE** bisogna indicare lo stesso e, se conviventi, i genitori e i fratelli **MINORI**.

(3) Determinazione del reddito:

Il reddito da indicare per ogni componente è il **REDDITO NETTO ANNUO** che si determina partendo dal reddito complessivo dichiarato ai fini IRPEF al netto delle ritenute di legge. Quindi le ritenute devono essere sottratte dal reddito.

Bisogna prendere in considerazione:

- Prestazioni di lavoro autonomo o dipendente;
- Compartecipazioni ad utili societari;
- Pensioni;
- Rendite immobiliari.

(4) Indicare l'anno di riferimento del Reddito.