

**Comune di Loiri Porto San Paolo**

**PROVINCIA DI SASSARI ZONA OMOGENEA OLBIA – TEMPIO**

**Via Dante A. n. 28 - 07020 Loiri Porto San Paolo (SS)**

 ***Area Socio - Culturale***

**Servizio Sociale - Politiche Giovanili - Pubblica Istruzione - Cultura - Sport - Spettacolo - Turismo**

**SERVIZIO SOCIALE**

**Richiesta Provvidenze di cui alla LR. 20/1997 *(nome beneficiario)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Il/la sottoscritt\*:

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome Nome** |  |
| **Luogo e data di nascita** |  |
| **Codice fiscale** |  |
| **Telefono** |  |
| **Residente a Loiri Porto San Paolo via/loc** |  |
| **E-mail** |  |
| **Identificato a mezzo****(di carta identità o patente) da allegare alla presente** |  |
| **Rilasciata da** |  |

**in qualità di**

* destinatario della provvidenza/prestazione
* figlio/figlia
* incaricato/a della tutela (tutore, amministratore di sostegno, curatore)
* titolare della responsabilità genitoriale
* altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della persona beneficiaria della provvidenza/prestazione

A tal fine, ai sensi dell’art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR 445/2000

**CHIEDE**

* Il **riconoscimento** delle prestazioni e/o provvidenze di cui alla Legge in oggetto per il/la

**BENEFICIARIO/A**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome Nome** |  |
| **Residente a Loiri Porto San Paolo in via** |  |
| **Luogo e data di nascita** |  |
| **Codice fiscale** |  |
| **Telefono** |  |
| **Medico di medicina Generale** |  |
| **Identificato a mezzo****(di carta identità o patente) da allegare alla presente** |  |
| **Rilasciata da** |  |

che gli Eventuali contributi economici dovranno essere erogati a mezzo bonifico bancario sul conto corrente

* già comunicato negli anni passati e invariato
* intestato a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Paese** | **Cin Eur** | **Cin** | **ABI** | **CAB** | **Numero conto corrente** |
|  |  |  |  |  |  |

**DICHIARA**

* che la famiglia destinataria/beneficiaria della prestazione di cui all’oggetto è così composta:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Cognome e Nome** | **Data di nascita** | **Luogo di nascita** | **Rapporto con il dichiarante** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |

* che il reddito netto del **nucleo familiare** relativo all’anno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_è pari a €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(da indicare solo nel caso in cui il beneficiario sia minore, amministrato, interdetto, inabilitato).*
* che nell’anno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sono stati percepiti i seguenti redditi
	+ lavoro € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	+ provvidenze quali invalidità civile o indennità di frequenza) € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	+ altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di aver preso visione dell’informativa privacy pubblicata sul sito web istituzionale [clicca qui](https://www.comune.loiriportosanpaolo.ss.it/privacy).

Allega i seguenti documenti:

* Copia del documento di identità personale e del Codice Fiscale o tessera Sanitaria;
* Copia Codice IBAN
* Certificazione sanitaria attestante il requisito sanitario rilasciato da una struttura del sistema sanitario nazionale

**Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sottoscrizione istanza** (barrare una delle due alternative):

Ai sensi dell’art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall’interessato

* in presenza del dipendente addetto
* sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all’ufficio protocollo