



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 rinnovo 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 **rinnovo** 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	

SERVIZIO SOCIALE

Email per invio istanze

protocollo.loiriportosanpaolo@legalmail.it

per informazioni

Responsabile del Servizio Dott.ssa Antonella Malu email: a.malu@comune.loiriportosanpaolo.ss.it

0789 481115

Assistente sociale Simone Meletti - email: s.meletti@comune.loiriportosanpaolo.ss.it

0789 481126

Rilasciata da _____

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

○ 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](#).
- che l'importo percepito nell'anno _____ è stato utilizzato per sostenere le seguenti spese:
 - _____
 - _____
 - _____

Allega i seguenti documenti:

- Copia del documento di identità personale e del Codice Fiscale o tessera Sanitaria;
- Copia Codice IBAN
- Eventuale certificazione sanitaria attestante il requisito sanitario

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

SERVIZIO SOCIALE

Email per invio istanze

protocollo.loiriportosanpaolo@legalmail.it

per informazioni

Responsabile del Servizio Dott.ssa Antonella Malu email: a.malu@comune.loiriportosanpaolo.ss.it

0789 481115

Assistente sociale Simone Meletti - email: s.meletti@comune.loiriportosanpaolo.ss.it

0789 481126