



- Schizofrenia ad andamento cronico;
  - disturbo delirante paranoide ad andamento cronico;
  - disturbo schizoaffettivo, ad andamento cronico;
  - disturbo depressivo maggiore ad andamento cronico;
  - disturbo bipolare dell'umore (depressivo, misto, maniaco), ad andamento cronico;
  - autismo.
- 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 e regionali;
- Che il proprio nucleo familiare e relativi redditi sono quelli riportati nella tabella seguente:

<b>Nominativo</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Rapporto parentela</b>	<b>Attività</b>	<b>Reddito netto annuo</b>

**ANNO DI RIFERIMENTO** \_\_\_\_\_ **TOT. REDDITO ANNUO NUCLEO** \_\_\_\_\_

- Di essere consapevole e accettare che, come individuato dall'art. 9 della L.R. n. 15/1992 così come modificato dall'art. 7 della L.R. n. 20/1997, nella determinazione del reddito devono essere considerate tutte le entrate comunque conseguite, comprese le erogazioni assistenziali per invalidità civile e i trattamenti pensionistici, escluso l'assegno di accompagnamento, pertanto ai fini del calcolo, si dichiarano i seguenti redditi personali del beneficiario:

<b>TIPOLOGIA REDDITO</b>	<b>ANNO</b> .....	<b>IMPORTI ANNUALI</b>

**DICHIARA, altresì**

- Di impegnarsi a fornire ogni documento comprovante la propria situazione sanitaria ed economica, eventualmente richiesto dal Servizio Sociale;
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione.
- Di autorizzare, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 così come integrato dal Dlgs. 101/2018 l'uso da parte dell'Amministrazione Comunale dei dati conferiti per l'istruttoria della presente istanza.

Luogo,.....

Data,.....

**FIRMA DEL DICHIARANTE**

.....

- ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA'