

**Oggetto: LL.RR 20/1997 art.10 E L.R 02/2007 art.33 N.43/1993 RICHIESTA PROVVIDENZE
IN FAVORE DI PERSONE AFFETTATE DA PATOLOGIE PSICHIATRICHE.**

Il/La Sottoscritto/a..... nato/a
a.....Il....., Codice fiscale.....,
e residente a in via.....

Telefono/cellulare (obbligatorio).....

IN qualità di beneficiario

IN nome e per conto del proprio familiare (indicare parentela).....:

IN qualità di Legale Rappresentante del: minore interdetto inabilitato amministrato:

Nome e cognome..... nato/a a.....

Il....., Codice fiscale....., e
residente a BULZI in via.....

Telefono/cellulare (obbligatorio).....

CHIEDE

di poter beneficiare di quanto disposto dalle LL.RR 20/1997 art.10 e l.r 02/2007 art.33 n.43/1993
provvidenze in favore di persone affettate da patologie psichiatriche.

A tal scopo allega i seguenti documenti:

- DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLA CERTIFICAZIONE;
- CERTIFICAZIONE DIAGNOSTICA RILASCIATA DA ASL.
- CERTIFICAZIONE REDDITUALE (CUD; MOD.730, ..)
- ATTESTAZIONE ISEE SOCIO SANITARIO (VALIDO)
- ALTRO _____

A tal fine, **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

- Di essere in carico al SSN in trattamento di cura dal _____ presso _____
_____ (indicare Centro o Struttura).
- Di essere affetto da una delle seguenti patologie riconosciute come disturbi a carattere
invalidante dall'Allegato A della L.R 15/1992 poi integrato dall'art.16 della L.R 20/1997:

- 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, maniacale), 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:

Nominativo	Data di nascita	Rapporto parentela	Attività	Reddito netto annuo

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:

TIPOLOGIA REDDITO	ANNO	IMPORTI ANNUALI

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'