

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA REDDITI

(art. 46 e 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)

**AI FINI DELLA CONCESSIONE PER L'ANNO 2025 DEL SUSSIDIO ECONOMICO DI CUI
ALL'ART. 4 DELLA L.R. 30.05.1997 N. 20**

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ residente nel Comune di _____ in Via
_____ n° _____, Codice Fiscale _____
telefono _____ mail _____

DICHIARA

- per sé medesimo
 in qualità di _____ (genitore/amministratore di
sostegno/tutore) dell'avente diritto _____
CF _____ residente in questo Comune nella via
_____ n. _____

A. Ai sensi dell'Art. 46 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445 (dichiarazione sostitutiva di certificazione):

- Di essere in possesso (o che la persona per la quale si presenta l'istanza è in possesso) del requisito sanitario per l'accesso ai benefici di cui alla L.R. 20/1997;
- Di aver percepito (o che **la persona per la quale si presenta l'istanza ha percepito**) nell'anno **2024**, i seguenti redditi personali (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):

NATURA DEL REDDITO MENSILE INDIVIDUALE ANNO 2024	IMPORTO MENSILE	N. MESI	IMPORTO ANNUO
<input type="checkbox"/> Reddito da lavoro o pensione			
<input type="checkbox"/> Pensione reversibilità			
<input type="checkbox"/> Pensione di guerra o reversibilità di guerra			
<input type="checkbox"/> Pensione di invalidità civile, cecità, sordomutismo			
<input type="checkbox"/> Pensione sociale o assegno sociale			
<input type="checkbox"/> Assegno di inclusione (ADI) / REIS			
<input type="checkbox"/> Assegno di mantenimento ex coniuge			
<input type="checkbox"/> Indennità di frequenza (PER MINORI)			
<input type="checkbox"/> Legge n. 431/1998 contributi per gli affitti per anno 2024			
<input type="checkbox"/> L.R. 27/83 provv. in favore di talass., emofilici e emolinfopatici maligni			
<input type="checkbox"/> Legge Regionale 11/1985 Provvidenze in favore dei nefropatici			
<input type="checkbox"/> Legge Regionale 9/04 Provvidenze in favore dei soggetti affetti da neoplasie maligne			
<input type="checkbox"/> Legge n. 448/1998 Assegno di maternità e Nucleo Familiare			
<input type="checkbox"/> Contributi economici erogati a vario titolo			
<input type="checkbox"/> Altre entrate a qualsiasi titolo percepite _____			

- che la famiglia di appartenenza dell'avente diritto al beneficio, non supera il limite reddituale imponibile di € **42.513,74 (redditi 2024)**, che è pari ad un importo annuo di € _____,

(DA COMPILARE SOLO IN CASO DI MINORI, INTERDETTI, INABILITATI E AMMINISTRATI)

B. Ai sensi dell'Art. 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445 (dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà):

- che l'avente diritto a causa della propria patologia non beneficia di altre forme di assistenza economica erogate dallo Stato, dalla Regione o da altri Enti pubblici o privati;

C. Ai sensi dell'Art. 48 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445:

- Di essere consapevole, secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 delle sanzioni penali a carico di chi dichiara il falso o esibisce atto falso o contenente dati non rispondenti a verità;
- Di essere informato che, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.
- **Di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione avvenuta successivamente alla data della presente dichiarazione**

Maracalagonis, _____

Firma
