



# COMUNE DI MARACALAGONIS

CITTA' METROPOLITANA DI CAGLIARI

## SETTORE POLITICHE SOCIALI

Prot. n. 10672

Maracalagonis 8.07.2022

09069 MARACALAGONIS

**Oggetto: L.R 27/1983 - accertamento situazione reddituale riferita all'anno 2021 per l'erogazione dei benefici riferiti al periodo 1/07/2022-30/06/2023**

Con la presente si invita cortesemente la S.V. a voler provvedere alla compilazione del foglio allegato finalizzato all'accertamento della **situazione reddituale relativa all'anno 2021** ai fini dell'erogazione delle provvidenze previste dalla L.R. n. 27/83 per il periodo 01/07/2022 – 30/06/2023.

La preghiamo di far pervenire **il modello allegato**, attestante il reddito netto effettivo del nucleo familiare di appartenenza, **debitamente compilato e sottoscritto**, all'Ufficio Protocollo del Comune di Maracalagonis, via Nazionale 61 (primo piano) oppure all'indirizzo mail [protocollo@comune.maracalagonis.ca.it](mailto:protocollo@comune.maracalagonis.ca.it), **entro e non oltre il 31/07/2022**, **allegando fotocopia non autenticata del documento d'identità in corso di validità**.

Si precisa che ad integrazione della documentazione richiesta, potrà essere allegata fotocopia del modello di dichiarazione dei redditi complessivi in Suo possesso dichiarati ai fini IRPEF, presentata nell'anno 2022 e relativo al periodo d'imposta 2021 (Mod. 730/2022, Mod. CU "Certificazione Unica 2022 da lavoro o da pensione).

Si ricorda che, ai sensi dell'art. 3 della L.R. n. 27/83 *"il reddito netto effettivo riferibile al talassemico o all'emofilico o all'emolinfopatico, è quello derivante da prestazioni di lavoro autonomo o dipendente, da partecipazioni ad utili societari, da pensioni o da rendite immobiliari dell'interessato stesso, del coniuge e dei figli minori conviventi, nel caso di soggetto coniugato; dell'interessato stesso, dei genitori e dei fratelli minori conviventi, nel caso di soggetto celibe o nubile."*

Per informazioni in merito può contattare il Responsabile del Procedimento Dott.ssa Luana Urru ai seguenti recapiti:

- [luana.urr@comune.maracalagonis.ca.it](mailto:luana.urr@comune.maracalagonis.ca.it)
- 070-7850223 nei giorni martedì e giovedì dalle ore 9.00 alle 11.00

Restando a Sua completa disposizione per eventuali chiarimenti, cogliamo l'occasione per porgerLe cordiali saluti.

Il Responsabile del procedimento  
Dott.ssa Luana Urru

Il Responsabile del Settore  
Dott.ssa Ignazia Podda  
(firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D. Lgs 82/2005)

### *Istruzioni per la compilazione*

1. La presente dichiarazione sostitutiva deve essere compilata e consegnata all'Ufficio Protocollo del Comune di Maracalagonis, ogni qualvolta intervengano variazioni nella composizione del nucleo familiare e/o dei redditi dei diversi componenti.

**SI E' COMUNQUE TENUTI, PENA LA SOSPENSIONE DELLE EROGAZIONI,** a compilare e consegnare il presente modulo entro il 31 luglio di ogni anno.

#### **2. Composizione nucleo familiare:**

Il nucleo familiare da indicare nel prospetto ai fini della determinazione delle Provvidenze è quello previsto dall'artt. 3 e 4 della L.R. n. 27 del 25.11.1983 e s.m.i.

Nel caso di **TALASSEMICO/EMOFILICO/EMOLINFOPATICO CONIUGATO** bisogna indicare il beneficiario stesso, il coniuge e i figli minori conviventi.

Nel caso di **TALASSEMICO/EMOFILICO/EMOLINFOPATICO CELIBE O NUBILE** bisogna indicare il beneficiario stesso, i genitori e i fratelli minori conviventi.

#### **3. Determinazione del reddito:**

Il reddito da indicare per ogni componente è il **REDDITO NETTO ANNUO** che si determina partendo dal reddito complessivo dichiarato ai fini IRPEF al netto delle ritenute di legge.

Bisogna prendere in considerazione:

- Prestazioni di lavoro dipendente o autonomo;
- Compartecipazioni ad utili societari;
- Pensioni;
- Rendite immobiliari.

**N.B.:** non saranno prese in considerazione ai fini del calcolo del reddito:

- le rendite assicurative INAIL;
- le pensioni d'invalidità civile;
- l'assegno di accompagnamento.

#### **AVVERTENZE:**

L'Amministrazione Comunale si riserva la facoltà di fare eseguire le opportune indagini sulla veridicità delle dichiarazioni rese relative ai redditi.

Le dichiarazioni non rispondenti al vero, oltre a comportare la decadenza dal beneficio, verranno perseguite penalmente ai sensi di Legge.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER PROVVIDENZE  
TALASSEMICI/EMOFILICI/EMOLINFOPATICI (L.R. N. 27/83 E S.M.I.)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a Maracalagonis in Via/Piazza

\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_ indirizzo mail

\_\_\_\_\_ Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ai fini della [ ] **presentazione** [ ] **rinnovo** della domanda presentata al fine di beneficiare delle provvidenze riconosciute dalla Regione Autonoma della Sardegna ai sensi della L.R. n. 27/83 e s.m.i. per il periodo **01/07/2022 – 30/06/2023**,

**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, quanto segue:

1. di essere in possesso dei requisiti previsti dalla richiamata normativa;
2. 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;
3. che il proprio nucleo familiare e relativi redditi sono composti come da tabelle seguenti:
  - Composizione del nucleo familiare del talassemico/emofilico/emolinfopatico:

Cognome e nome	Data di nascita	Stato civile	Grado parentela

**SI IMPEGNA**

a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione, nella composizione del proprio nucleo familiare e/o nei redditi indicati precedentemente, che dovesse intervenire successivamente e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. N. 196 del 30/03/2003 e art. 13 del GPDR 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Maracalagonis, \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a Maracalagonis  
 in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_  
 indirizzo mail \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

**dichiara che la situazione reddituale relativa all'anno 2021 di tutti i componenti il nucleo familiare è la seguente:**

**(IN ALTERNATIVA SI PUO' ALLEGARE COPIA DEI RELATIVI MODELLI)**

NOMINATIVI	Modello C.U./2022 (Certificazione Unica Redditi 2021)		Modello 730/2022 (Redditi 2021)		Altri redditi NON soggetti a dichiarazione <sup>(A)</sup>		Non possessori di reddito <sup>(B)</sup>
	Reddito complessivo	Imposta netta	Reddito complessivo	Imposta netta	Tipo di reddito	Importo annuale	(Specificare il motivo della mancanza di reddito)

(A) Es. pensione di invalidità civile, cecità civile, sordomutismo, rendita INAIL, pensione di guerra, pensione sociale, ecc.

(B) Es. disoccupato, inoccupato, studente, casalinga, minore, ecc.

Il Dichiarante

Maracalagonis, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_