

**RICHIESTA RINNOVO PROVVIDENZE E AUTOCERTIFICAZIONE  
DELLA SITUAZIONE REDDITUALE L. R. n. 27/1983**

**RESA DA UN GENITORE/CURATORE/AMM. SOSTEGNO**

(Art. 46 - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

\_l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
e residente a Marrubiu in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
n° telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, **consapevole delle responsabilità penali in cui potrebbe incorrere in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione od uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76, nonché dell'ulteriore sanzione della decadenza dai benefici prevista dall'art. 75, articoli entrambi dello stesso D.P.R. n. 445/2000**

in qualità di

genitore esercente la patria potestà  tutore  curatore  amministratore di sostegno  
di \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente a Marrubiu (OR), Via \_\_\_\_\_,  
C.F. \_\_\_\_\_ beneficiario delle provvidenze di cui all'oggetto,

**DICHIARA** che il minore/amministrato/tutelato

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> è affett* da Emofilia   | <input type="checkbox"/> è affett* da Emolinfopatia maligna |
| <input type="checkbox"/> è affett* da Talassemia | <input type="checkbox"/> ha subito Trapianto di midollo     |
- non percepisce, per la stessa patologia, altre provvidenze assistenziali relative a rimborsi per le spese di viaggio e soggiorno e sussidi;
- appartiene al seguente nucleo familiare:

Cognome	Nome	Grado di parentela con il minore/amministrato/tutelato	Reddito
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

che nell'anno 20\_\_ (redditi 20\_\_) il nucleo familiare di riferimento del minore/amministrato/tutelato ha posseduto i seguenti redditi

REDDITI	MINORE AMMINISTRATO TUTELATO	FAMILIARE* (1)	FAMILIARE* (2)	FAMILIARE* (3)
REDDITO IMPONIBILE IRPEF <i>esempi:</i> - Modello 730-3 Rigo 14 - Modello Persone Fisiche PF Rigo RN4				
IMPOSTA NETTA IRPEF <i>esempi:</i> - Modello 730-3 Rigo 50 - Modello Persone Fisiche PF Rigo RN26				
ADDIZIONALE REGIONALE ALL'IRPEF <i>esempi:</i> - Modello 730-3 Rigo 72 - Modello Persone Fisiche PF Rigo RV2				
ADDIZIONALE COMUNALE <i>esempi:</i> - Modello 730-3 Rigo 75 - Modello Persone Fisiche PF Rigo RV10				

## CHIEDE

che il mandato di pagamento dei rimborsi delle spese di viaggio e di soggiorno SIA EROGATO:

**con le stesse modalità dell'anno precedente**

ovvero

- direttamente al beneficiario** mediante:

quietanza diretta

oppure

- accredito su conto corrente o altra tipologia simile

istituto di credito \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

ovvero

- ad altro beneficiario** mediante:

quietanza diretta al Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

oppure

- accredito su conto corrente o altra tipologia simile intestato a

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

istituto di credito \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

**SE NON INDICATO DIVERSAMENTE IL MANDATO DI PAGAMENTO SARA' EROGATO PER CASSA DIRETTAMENTE AL BENEFICIARIO**

**ALLEGA**

- copia documento d'identità
- certificato diagnostico ed ematologico in originale rilasciato dal Centro Ospedaliero o Universitario autorizzato, nel quale è specificatamente indicato che la patologia accertata rientra tra quelle indicate dalla Legge Regionale n. 27/1983;
- \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_

La firma non va autenticata. La dichiarazione è esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, del D.P.R. 445/2000 e dell'art. 14 della tabella allegato B) del D.P.R. 642/1972.

**Allegare fotocopia documento d'identità nel caso di firma non apposta innanzi al dipendente addetto**

**NOTE PER LA COMPILAZIONE**

***Legge Regionale 27/1983 - Talassemici, Emofilici ed Emolinfopatici maligni***

**Cosa si intende per "Nucleo familiare di riferimento"**

Ai fini della presente legge è necessario poter accertare il reddito netto del nucleo familiare che cambia a seconda che la persona affetta da neoplasia maligna sia coniugata o meno:

- nel caso di persona affetta da neoplasia maligna coniugata, per nucleo familiare si intende quello costituito dall'interessato stesso e, se conviventi, dal coniuge e figli minori;
- nel caso di persona affetta da neoplasia maligna celibe o nubile, il nucleo familiare di riferimento è quello costituito dall'interessato stesso e, se conviventi, dai genitori e fratelli minori.

Ai fini della determinazione del reddito netto, è utile quello derivante da prestazioni di lavoro autonomo o dipendente, da compartecipazioni ad utili societari, da pensioni o da rendite immobiliari del nucleo familiare di riferimento.

### **Cosa si intende per "Reddito Netto"**

Per reddito netto deve intendersi il reddito imponibile preso a base per il calcolo delle addizionali regionali e comunali meno l'imposta netta Irpef di competenza e le addizionali comunali e regionali stesse.

## **INFORMATIVA**

**(articolo 13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 e artt.13-14 del Regolamento UE 2016/679) (RGPD)**

### **TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Tutti i dati personali trasmessi dal richiedente con la presente domanda saranno trattati esclusivamente per le finalità di gestione della presente procedura e verranno utilizzati, anche con modalità automatizzate, per tale scopo nel rispetto di quanto previsto agli artt. 13-14 del Regolamento UE 2016/679 (RGPD) i dati personali conferiti con la domanda saranno trattati con modalità prevalentemente informatiche e telematiche, per le finalità previste dallo stesso Regolamento, in particolare per l'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri, ivi incluse le finalità di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici. Il conferimento dei dati è obbligatorio e il loro mancato inserimento nella domanda di partecipazione al concorso non consente di dar corso al procedimento. I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario all'esecuzione della presente procedura e saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. I dati non saranno comunicati a terzi né diffusi, se non nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea ed indicati nell'informativa dettagliata. I dati personali potrebbero essere comunicati anche ad altre Amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del RGPD) Titolare del trattamento dei dati è IL COMUNE DI MARRUBIU.

Responsabile della protezione dei dati è: Soluzione srl – Via G. Oberdan 140 – [info@entionline.it](mailto:info@entionline.it); [soluzione@legalmail.it](mailto:soluzione@legalmail.it) Referente RDP: Nadia Corà – [consulenza@entionline.it](mailto:consulenza@entionline.it)

Consenso del concorrente: Acquisite le sopra riportate informazioni, con la presentazione della domanda, il dichiarante prende atto ed acconsente espressamente al trattamento dei dati personali come sopra definito.

### **CONSENSO**

Al trattamento da parte del titolare e del responsabile sopra indicati, dei dati personali per le finalità e con le modalità sopra descritte.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### **Controllo dichiarazioni sostitutive (articolo 71 del D.P.R. 445/2000)**

1. Il/La dichiarante è soggetto/a alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (articolo 76 del D.P.R. 445/2000).
2. Qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante decade dai benefici (concessione contributo) eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000).
3. Le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà sono sottoscritte dall'interessato/a in presenza del dipendente addetto alla ricezione ovvero sottoscritte e inviate all'ufficio competente, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del/della dichiarante, via fax o tramite un incaricato o a mezzo posta o per via telematica. Se il documento di identità non è più valido l'interessato deve dichiarare, nella fotocopia dello stesso, che i dati in esso contenuti non hanno subito variazioni dalla data di rilascio.

#### **IL SOTTOSCRITTO**

Dichiara di aver preso visione della informativa sopra riportata e di essere informato del fatto che l'Ente ricevente la presente dichiarazione sostitutiva attiverà i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese, ai sensi dell'art.71 del D.P.R.445/2000, e delle conseguenze penali derivanti da dichiarazioni non veritiere.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_