



## COMUNE DI SESTU

Città Metropolitana di Cagliari

SETTORE AFFARI GENERALI, ORGANI ISTITUZIONALI, APPALTI E CONTRATTI, POLITICHE SOCIALI

Via Scipione, 1 – Sestu

Tel. 070 2360480 – 226 - 223 - PEC: [protocollo.sestu@pec.it](mailto:protocollo.sestu@pec.it)

**RICHIESTA DI INTERVENTO AI SENSI DELL'ART. 10 DELLA L.R. 30 MAGGIO 1997, N.20, COME MODIFICATA DALL'ART. 33 L.R. 29 MAGGIO 2007 N.2**

**AL SINDACO  
COMUNE DI  
SESTU (CA)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ (obbligatorio)

e-mail o PEC \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### CHIEDE

**L'attuazione dell'intervento ai sensi dell'art. 10 della L.R. 30 maggio 1997 n.20 come modificata dall'art. 33 L.R. 29 maggio 2007 n.2**

- Per se stesso/a

OPPURE IN QUALITA' DI:

- Esercente la responsabilità genitoriale nei confronti del minore \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a Sestu in  
via/loc. \_\_\_\_\_;

- Tutore/ Amministratore di Sostegno del/la signor/ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a Sestu  
in via/Loc. \_\_\_\_\_

Sestu, li \_\_\_\_\_

Firma leggibile  
\_\_\_\_\_

### PARTE RISERVATA ALLA ASL

ASL  
\_\_\_\_\_

UNITA' OPERATIVA \_\_\_\_\_

Si attesta che il/la Signor/a \_\_\_\_\_ è in carico a questa Unità Operativa per infermità compresa nell'Allegato A della L.R. 15/1992, come integrato dall'art. 16 della L.R. 20/97, in grado di costituire motivo di perdita delle capacità occupazionali e/o dell'autonomia del soggetto nelle comuni attività della vita quotidiana.

Unità Operativa (Firma e timbro)  
\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

in qualità di:

☐ BENEFICIARIO

☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

☐ TUTORE

☐ GENITORE

**DICHIARA:**

*consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'articoli 75 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica del 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modifiche e integrazioni, sotto la propria responsabilità, che:*

- il beneficiario dell'intervento è \_\_\_\_\_ (indicare Cognome e Nome), nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a SESTU in Via/Loc. \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

- il nucleo familiare di appartenenza è il seguente:

Cognome	Nome	Grado di parentela

- il **reddito annuo imponibile del nucleo familiare**, percepito nell'anno 2023, è pari a € \_\_\_\_\_;  
(da compilare SOLO per i minori, i beneficiari dell'amministrazione di sostegno, gli inabili e gli interdetti)

- il **beneficiario** dell'intervento:

- non beneficia di altre forme di assistenza economica, erogate dallo Stato, dalla Regione o da altri Enti pubblici o privati, a causa della propria infermità mentale;
- ha percepito nell'anno 2023 il seguente **reddito annuo netto** € \_\_\_\_\_;
- ha percepito, nell'anno 2023, il seguente **reddito individuale mensile**, composto da tutte le entrate, comunque conseguite, comprese le erogazioni assistenziali (escluso l'indennità di accompagnamento) e i trattamenti pensionistici nonché gli importi riconosciuti nell'ambito delle prestazioni integrative al reddito:

<input type="checkbox"/> Indennità di frequenza/ invalidità civile	€ _____ mensile
<input type="checkbox"/> Pensione INPS	€ _____ mensile
<input type="checkbox"/> Pensione o indennità INAIL	€ _____ mensile
<input type="checkbox"/> Assegno Sociale	€ _____ mensile
<input type="checkbox"/> Reddito da lavoro dipendente/autonomo	€ _____ mensile
<input type="checkbox"/> Assegno di mantenimento	€ _____ mensile
<input type="checkbox"/> Contributi per interventi socio- lavorativi di cui all'art. 6 co 17 della L.R. 5/2016	€ _____ mensile
<input type="checkbox"/> Contributi erogati da altro Ente Regionale/ Statale: (specificare – es. RDC – REIS)	

