



COMUNE DI SESTU

Città Metropolitana di Cagliari

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

Via Scipione, 1 – Sestu

Tel. 070/2360213 – 070/2360484 - PEC: 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

AI SERVIZI SOCIALI
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, lì _____

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 2024, 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 2024 il seguente **reddito annuo netto** € _____;
- ha percepito, nell'anno 2024, 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. ADI – REIS)	

