

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Cellulare \_\_\_\_\_ (obbligatorio)  
e-mail o PEC \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

per 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 , relativo all'anno 2025

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



beneficiari minorenni. Non è possibile effettuare accrediti su libretti postali o bancari. Per facilitare la liquidazione delle somme spettanti si chiede di allegare cortesemente copia dell'iban sopra riportato.

**A tal fine allega alla domanda la seguente documentazione OBBLIGATORIA:**

- 1) Copia del documento di identità del richiedente e/o del beneficiario in corso di validità;
- 2) Copia del Decreto di nomina di amministratore di sostegno/ tutore rilasciato dall'Autorità Giudiziaria;

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

(firma del dichiarante)

\_\_\_\_\_