

**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 2024

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



**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)

\_\_\_\_\_