Prot. N. _____ del _____

Modello: NEO

COMUNE DI SADALI

Dichiarazione Sostitutiva per Provvidenze NEOPLASIE MALIGNE[1]

- art. 1 c. 1 lett. f della L.R. N. 9 del 03.12.2004 e s.m.i. -

Il/La Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ___/___/____ Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

residente a _____ in _____

recapito telefonico_____ indirizzo mail_____

ai fini della ☐presentazione ☐rinnovo della domanda presentata per poter beneficiare delle provvidenze riconosciute dalla Regione Autonoma della Sardegna ai sensi dell'art. 1 c. 1 lett. f della L.R. N. 9 del 03.12.2004 e s.m.i. (*Provvidenze a favore dei cittadini affetti da neoplasia maligna*).

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 quanto segue:

- Di essere in possesso dei requisiti previsti dalla normativa sopra richiamata;
- Di sottoporsi, con la regolarità che la propria affezione richiede, alle prestazioni sanitarie specifiche;
- Di non aver diritto e comunque di non usufruire di rimborsi o sussidi per lo stesso titolo da parte di enti previdenziali o assicurativi, o di altri enti anche sulla base di normative statali e regionali;
- Che il proprio nucleo familiare[2] e relativi redditi[3] sono composti come da tabella seguente:

Cognome e Nome	Data di nascita	Stato civile	Relazione parentela	Reddito netto ANNUO[3]
Anno di riferimento(_____)[4]		**Totale reddito NETTO ANNUO**		

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione, nella composizione del proprio nucleo familiare e/o nei redditi indicati precedentemente, che dovesse intervenire successivamente e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs N. 196 del 30/03/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Da apporre al momento della consegna all'incaricato

Sadali, _____

IL DICHIARANTE

_____

Istruzioni per la compilazione

(1) Come stabilito dall'art. 9 c. 9 della L.R. N. 1 del 24.02.2006, fino all'approvazione del provvedimento di riordino delle provvidenze di cui all'art. 48 della L.R. 23 dicembre 2005 N. 23, a favore dei cittadini affetti da neoplasia maligna di cui alla lettera f dell'articolo 1 della L.R. 3 dicembre 2004 N. 9, SONO EROGATI ESCLUSIVAMENTE I RIMBORSI PER LE SPESE DI VIAGGIO E DI SOGGIORNO.

Per poter beneficiare dei rimborsi delle spese di viaggio e di soggiorno concesse ai talassemici, agli emofilici e agli emolinfopatici il limite di reddito effettivo netto annuo del Nucleo familiare, così come successivamente determinato, è di **Euro 33.569,70**.

La presente dichiarazione sostitutiva deve essere compilata e consegnata all'ufficio competente ogni volta che si richiedono suddetti rimborsi.

(2) **Composizione Nucleo Familiare:**

Il nucleo familiare da indicare nel prospetto ai fini della determinazione delle Provvidenze dovute ai cittadini affetti da Neoplasia maligna è quello previsto dall'art. 3 della L.R. N. 27 del 25.11.1983 e s.m.i.

Nel caso di soggetto affetto da neoplasia maligna **CONIUGATO** bisogna indicare lo stesso e, se conviventi, il coniuge e i figli **MINORI**.

Nel caso di soggetto affetto da neoplasia maligna **CELIBE O NUBILE** bisogna indicare lo stesso e, se conviventi, i genitori e i fratelli **MINORI**.

(3) **Determinazione del reddito:**

Il reddito da indicare per ogni componente è il **REDDITO NETTO ANNUO** che si determina partendo dal reddito complessivo dichiarato ai fini IRPEF al netto delle ritenute di legge. Quindi le ritenute devono essere sottratte dal reddito.

Bisogna prendere in considerazione:

- Prestazioni di lavoro autonomo o dipendente;
- Compartecipazioni ad utili societari;
- Pensioni;
- Rendite immobiliari.

(4) Indicare l'anno di riferimento del Reddito.