

# SUSSIDI ECONOMICI L.R. 15/92; L.R. 20/97 e s.m.i.

## Dichiarazione Sostitutiva Cumulativa (art. 46, 47, 48, 76 del D.P.R. N° 445 del 28 DICEMBRE 2000)

### Autocertificazione Adulti

Il/La sottoscritto \_\_\_\_\_ nat. a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_\_

in via/p.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

mail/pec: \_\_\_\_\_

Ai fini della concessione per l'anno 2026 del sussidio economico di cui all'art. 4 della legge Regionale 30 maggio 1997 n. 20. (Come individuato dall'art. 9 della L.R. n. 15/1992 così come modificato dall'art. 7 della L.R. n. 20/1997 nella determinazione del reddito devono essere considerate tutte le entrate comunque conseguite, comprese le erogazioni assistenziali per invalidità civile e i trattamenti pensionistici, escluso l'assegno di accompagnamento)

### DICHIARA

#### A) Dichiarazioni relative all'anno 2025

- Che il beneficiario non ha percepito nell'anno 2025 nessun contributo economico Nazionale, Regionale, Comunale;
- Che il beneficiario ha percepito nell'anno 2025 uno o più seguenti contributi economici:
  - Reis Si  No  (importo mensile € \_\_\_\_\_ per mesi \_\_\_\_\_)
  - ADI (Assegno di Inclusione) Si  No  (importo mensile € \_\_\_\_\_ per mesi \_\_\_\_\_)
  - Altri contributi da altri Enti (Specificare tipologia) \_\_\_\_\_  
Si  No  (importo mensile € \_\_\_\_\_ per mesi \_\_\_\_\_)
  - Pensione Invalidità Civile (13 mensilità)  
Importo mensile € \_\_\_\_\_ dal mese di \_\_\_\_\_ per mesi \_\_\_\_\_
  - Assegno sociale  
Importo mensile € \_\_\_\_\_ dal mese di \_\_\_\_\_ per mesi \_\_\_\_\_
  - Assegno di inclusione (ADI)  
Importo mensile € \_\_\_\_\_ dal mese di \_\_\_\_\_ per mesi \_\_\_\_\_
  - Pensione INPS o assegno ordinario INPS  
Importo mensile € \_\_\_\_\_ dal mese di \_\_\_\_\_ per mesi \_\_\_\_\_
  - Pensioni o indennità INAIL  
Importo mensile € \_\_\_\_\_ dal mese di \_\_\_\_\_ per mesi \_\_\_\_\_
  - Pensione per causa di guerra o servizio  
Importo mensile € \_\_\_\_\_ dal mese di \_\_\_\_\_ per mesi \_\_\_\_\_

Altro (Specificare tipologia di reddito) \_\_\_\_\_

Importo mensile € \_\_\_\_\_ dal mese di \_\_\_\_\_ per mesi \_\_\_\_\_

**Dichiara inoltre:**

- che a causa della propria patologia, non beneficia di altre forme di assistenza economica erogata dallo Stato, dalla Regione o da altri Enti Pubblici o privati;
  - di essere consapevole, secondo quanto prescritto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, delle sanzioni penali a carico di chi dichiara il falso o esibisce atto falso o contenente dati non rispondenti a verità;
  - di essere informato/a, ai sensi dell'art. 13 D. lgs 30.06.2003, n.196, con le modifiche di cui al D. Lgs. 101/2018 e del regolamento UE 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Rispetto alle modalità di accreditamento del contributo comunica che il codice IBAN è il seguente:

\_\_\_\_\_

intestato a \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a si impegna inoltre a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione relativa alle situazioni su indicate che dovessero intervenire successivamente e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione.

Ossi, \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

(firma per esteso e leggibile)

### Allegati alla presente:

- Modulo A
  - Dichiarazione dei redditi
  - Pezze giustificative di pensioni, indennità, emolumenti, ecc.
  - Fotocopia documento di identità (obbligatorio)
  - Informativa sulla privacy (obbligatorio)
  - Certificato Isee 2026 (non obbligatorio)
  - Altro (specificare)