

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CUMULATIVA

(Art. 46 e 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445 - L. 675/96)

### PER IL TUTORE/GENITORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Il/la sottoscritto/a:

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente in  
Quartu Sant'Elena (CA) via o piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel.  
\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**Consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci.**

### DICHIARA

In qualità di Genitore [ ] Tutore [ ] Amministratore di sostegno [ ] di  
\_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
decreto n. \_\_\_\_\_ REG. TUT. del \_\_\_\_\_ e residente in Quartu Sant'Elena  
(CA) via \_\_\_\_\_

- che nell'anno in corso il beneficiario \_\_\_\_\_ non  
beneficerà a causa della propria infermità mentale di altre forme di assistenza economica erogate  
dallo Stato, dalla Regione o da altri Enti Pubblici o privati.

- che nell'anno **2020** il beneficiario ha percepito i seguenti redditi personali (limite massimo per  
usufruire del benefici attualmente in vigore € 489,62 mensili):

- Pensione invalidità civile € \_\_\_\_\_ (per 13 mensilità esclusa  
l'indennità di accompagnamento)
- Indennità di frequenza € \_\_\_\_\_ (importo annuale)
- REIS € \_\_\_\_\_ (individuale)
- Reddito di cittadinanza € \_\_\_\_\_ (individuale)
- Assegno sociale € \_\_\_\_\_ (importo annuale)
- Indennità INAIL € \_\_\_\_\_ (importo annuale)
- Altre pensioni € \_\_\_\_\_ (esclusa l'indennità di  
accompagnamento)
- Assegno di mantenimento ex coniuge € \_\_\_\_\_ (importo  
annuale)
- Altri benefici (L. 431/98 ecc.) \_\_\_\_\_
- ALTRO \_\_\_\_\_

- Che la famiglia di appartenenza del minore, tutelato o con amministratore di sostegno è composta da:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

- che il reddito imponibile del nucleo familiare del beneficiario percepito nell'anno **2020** è pari a € \_\_\_\_\_ (limite massimo reddito nucleo familiare per usufruire dei benefici attualmente in vigore € 42.513,74)

**Ai sensi dell'art. 47 del del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 (dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà):**

- 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 impegnarsi, ai sensi dell'art. 7 comma 4 della L.R. 30.5.1997, n. 20, a comunicare al Comune di Cagliari, l'eventuale periodo di tempo in cui usufruirà del "**servizio residenziale**" i cui oneri siano a carico del Servizio Sanitario Regionale oppure soggetto pubblico.

**Ai sensi dell'art. 48 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445:**

- Di essere consapevole, secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, delle sanzioni penali a carico di chi dichiara il falso o esibisce atto falso o contenente dati non rispondenti al verità
- di essere informato, 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.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)**