

☐ accreditato su c/c postale o bancario

Codice IBAN

Cognome intestatario

Nome intestatario

☐ accreditato su carta prepagata

Codice IBAN

Cognome intestatario

Nome intestatario

☐ rimessa diretta

(solo per importi inferiori a 1.000,00 €)

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

☒ di essere in carico presso

☐ il servizio di neuropsichiatria

Denominazione

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Scala

Piano

SNC

☐

CAP

Dottore di riferimento

☐ il centro di salute mentale

Denominazione

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Scala

Piano

SNC

☐

CAP

Dottore di riferimento

☒ che il proprio nucleo familiare e i relativi redditi sono quelli riportati nella tabella seguente

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela	Reddito annuo netto	
					€
					€
					€
					€
					€
					€
Anno di riferimento				Totale reddito annuo netto	
					€

☒ di non aver diritto a rimborsi o sussidi per lo stesso titolo da parte di enti previdenziali o assicurativi, o di altri enti anche sulla base di normative statali regionali

☒ di aver presentato dichiarazione dei redditi del nucleo

☐ di aver percepito le seguenti entrate escluso l'assegno di accompagnamento

☐ pensione di invalidità

Anno di riferimento

Importo

€

☐ indennità di frequenza

Anno di riferimento

Importo

€

☐ pensione di accompagnamento

Anno di riferimento

Importo

€

☐ reddito di inclusione sociale (REIS)

Anno di riferimento

Importo

€

☐ reddito di cittadinanza (RDC)

Anno di riferimento

Importo

€

☐ altro

Nome del reddito

Anno di riferimento

Importo

€

☒ di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente e di assumere tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione

il nucleo familiare è in possesso di attestazione ISEE

Importo

€

Data di rilascio

Data di scadenza

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- ☒ copia del certificato del medico specialista
- ☐ documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- ☐ altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Bitti

Luogo

Data

il dichiarante