

Spett.le COMUNE DI PUTIFIGARI
 Al Sindaco
 Al Responsabile dei Servizi Sociali
 P.zza Boyl n°6/8
07040 Putifigari

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

*per Provvidenze **NEOPLASIE MALIGNI*** - art. 1 c. 1 lett. f della L.R. N. 9 del 03.12.2004 e s.m.i. – **ANNO 2024**

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
 nato/a a _____, Prov. di _____ il ____/____/____, residente a _____
 Prov. di _____ in via/piazza _____, n. _____ Cod. Fiscale _____

CHIEDE

di poter beneficiare delle provvidenze previste dalle LL.RR. n°6/2004 art.14 comma 13 e n° 9/2004 ar. 1) lett.f), relativamente a quelle spettantegli/le in base alla certificazione allegata...

- in suo favore.
- in favore di (cognome) _____ (nome) _____ nato/a a _____, Prov. di _____ il ____/____/____, residente a _____ in via/piazza _____, n. _____ Cod. Fiscale _____
 relazione di parentela: _____ Tel. n. _____,

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR 445/2000,

DICHIARA

1. Di essere affetto da neoplasia maligna;
2. che la composizione del proprio nucleo familiare è la seguente:

n°	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Parentela
1				<i>Richiedente</i>
2				
3				
4				
5				

3. di non usufruire per la stessa patologia di rimborsi per spese di viaggio, soggiorni e sussidi da parte di Enti previdenziali o assicurativi..
4. che il reddito complessivo netto (1) del proprio nucleo familiare (2) per **L'ANNO 2023** è stato di complessivi Euro _____ (ai fini della determinazione del reddito complessivo non si considerano le rendite INAIL, le pensioni di invalidità civile e l'assegno di accompagnamento) ..
5. di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa per cui presta il suo consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.
6. si allega certificazione rilasciata dal Presidio di diagnosi e cura: _____

Putifigari lì _____

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del richiedente all'ufficio competente, via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta.

- (1) Per calcolare il reddito netto dal Mod. CUD: dal reddito complessivo si sottraggono le ritenute IRPEF, l'addizionale comunale e regionale IRPEF dovuta, e l'acconto dell'addizionale comunale IRPEF dovuta; Per calcolare il reddito netto dai Mod 730 e Mod Unico: dal reddito imponibile si sottrae l'imposta netta IRPEF, l'addizionale comunale e regionale IRPEF dovuta, e l'acconto dell'addizionale comunale IRPEF dovuta.
- (2) Nel caso di soggetto coniugato quello costituito dall'interessato stesso e, se conviventi, dal coniuge e figli minori in base alle normative vigenti. Nel caso di soggetto celibe o nubile, quello dell'interessato stesso e se conviventi dai genitori e fratelli minori che risultino a carico del capofamiglia in base alle norme vigenti.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS. 196/2003 E DELL'ARTICOLO 13 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarla che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuto il Comune di Putifigari.-

I dati forniti verranno trattati esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto ed in misura pertinente non eccedente e strettamente necessaria al perseguimento delle proprie funzioni istituzionali;-il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale ed informatico;-il conferimento dei dati è obbligatorio ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica ed eventualmente concedere il contributo richiesto.- Il titolare del trattamento è il **Sindaco del Comune di Putifigari**. Il Responsabile della Protezione dei Dati, l'Avv. Alessandra Etzo, contattabile all'indirizzo email: dpo@unionecoros.it -Il/la Responsabile del trattamento è il/la funzionaria/o Responsabile del Servizio Socio Assistenziale, **Cuccu Salvatore Antonio** .

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di: a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali; b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione; c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati; d) ottenere la limitazione del trattamento; e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti; f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto; g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione; h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati; i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca; j) proporre reclamo a un'autorità di controllo. Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata al RPD, all'indirizzo postale della sede legale o all'indirizzo Comune di Putifigari che ha sede in Piazza dei Boyl n. 9 -07040 Putifigari (SS). Il Titolare può essere contattato via mail all'indirizzo protocollo.putifigari@legalmail.it.

Io sottoscrittO /A dichiaro/A di aver ricevuto tutte le informazioni di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (Codice Privacy) e dell'art. 13 del GDPR 2016/679 (Regolamento Europeo Privacy) e di consentire il trattamento dei miei dati personali per le finalità e con le modalità sopra indicate.

IL DICHIARANTE

(FIRMA CHIARA E LEGGIBILE)

Estremi del Documento d'identità da allegare in copia

Tipo _____ N° _____

rilasciato il ____/____/____ dal _____

Data e Luogo

_____/_____/____/2024

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del richiedente all'ufficio competente, via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta.

Istruzioni per la compilazione

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**.

(1) La presente dichiarazione sostitutiva deve essere compilata e consegnata agli uffici competenti ogni volta che intervengano variazioni nella composizione del Nucleo familiare e/o nei Redditi dei diversi componenti.

SI È COMUNQUE TENUTI, PENA LA SOSPENSIONE DELLE EROGAZIONI MENSILI:

a compilare e consegnare il presente modulo agli uffici servizi sociali competenti **entro il 30 giugno di ogni anno;**

(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:

(1) Per calcolare il reddito netto dal Mod. CUD: dal reddito complessivo si sottraggono le ritenute IRPEF, l'addizionale comunale e regionale IRPEF dovuta, e l'acconto dell'addizionale comunale IRPEF dovuta; Per calcolare il reddito netto dai Mod 730 e Mod Unico: dal reddito imponibile si sottrae l'imposta netta IRPEF, l'addizionale comunale e regionale IRPEF dovuta, e l'acconto dell'addizionale comunale IRPEF dovuta.

(2) Ai fini della determinazione del reddito complessivo non si considerano le rendite INAIL, le pensioni di invalidità civile e l'assegno di accompagnamento.

