

## Dichiarazione Sostitutiva per Provvidenze NEOPLASIE MALIGNI

- ART. 1 C. 1 lett. F della L.R. N. 9 del 03/12/2004 e salvo modifiche ed integrazioni  
(D.P.R. 28/12/2000, n. 445 art. 47)

IL/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_, il  
\_\_\_\_\_ e residente nel Comune di **Dolianova** in via \_\_\_\_\_ n°  
\_\_\_\_\_, C. Fiscale \_\_\_\_\_

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. 9 del 03/12/2004 e s.m.i. (Provvidenze a favore dei cittadini affetti da neoplasie maligna).

### DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sanzioni penali previste dal Codice penale e delle leggi speciali in materia ed espressamente richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sotto la sua personale responsabilità

- 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 e relativi redditi sono composti come da tabella seguente:

Cognome e Nome	Data di Nascita	Stato civile	Relazione Parentela	Reddito netto Annuo
<b>Anno di Riferimento 2018</b>			<b>Totale reddito NETTO ANNUO</b>	

### 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 raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Dolianova, li \_\_\_\_\_

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'art. 1 della L. R. 3 dicembre 2004 n. 9, SONO EROGATI ESCLUSIVAMENTE I RIMBORSI PER LE SPESE DI VIAGGIO E SOGGIORNO.

La presente dichiarazione sostitutiva deve essere compilata e consegnata agli uffici territoriali competenti ogni volta che si richiedono i 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.