

di voler essere convocato dal Servizio Sociale del Comune per la predisposizione della SCHEDA SOCIALE al seguente numero _____

che il beneficiario del piano ha percepito **nell'anno 2021** i seguenti **EMOLUMENTI**:

TIPOLOGIA DI EMOLUMENTO	IMPORTO ANNUALE
1-Pensione Invalidità civile	
2-Indennità di frequenza	
3-Indennità di accompagnamento	
4-Assegno sociale	
5-Pensioni o indennità INAIL	
6-Indennità o pensione per causa di guerra o servizio	
7-Assegni mensili continuativi erogati dalla Regione per particolari categorie di cittadini:	
- L.R. n. 27/83 – Provvidenze a favore dei talassemici, degli emofilici e degli emolinfopatici maligni	
- L.R. n. 11/85 – Provvidenze a favore dei nefropatici	
- L.R. n. 20/97 – Provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche	
- L.R. n. 9/2004 – Provvidenze a favore di persone affette da neoplasie maligne	
8-Altri contributi da Comuni e Aziende ASL	
9- Altro (specificare)	

Di scegliere come modalità di pagamento del rimborso dovuto in casi di attivazione del piano, una delle seguenti opzioni: (barrare la scelta)

Bonifico bancario presso il conto corrente intestato o cointestato al beneficiario - **ALLEGARE FOTOCOPIA DELL'IBAN CON INTESTATARIO DEL CONTO CORRENTE BANCARIO O POSTALE** (scelta consigliata);

Quietanza diretta in denaro contante intestata al beneficiario del piano da ritirare presso il Tesoriere Banco di Sardegna di Seneghe;

Quietanza diretta in denaro contante con delega alla riscossione a favore di _____ nato a _____ il _____ CF: _____ da ritirare presso il Tesoriere Banco di Sardegna di Seneghe (allegare carta d'identità del delegante e delegato);

Di aver preso visione dell'avviso pubblico L.162/98 del Comune di Tramatzu e la relativa informativa al trattamento dei dati personali;

Allega:

Fotocopia di un **documento di identità e Codice Fiscale** in corso di validità del destinatario del piano e del dichiarante se diverso;

Fotocopia del verbale di riconoscimento **L.104/92 art.3 comma3**;

Attestazione **ISEE socio-sanitario 2022**;

SCHEDA SALUTE compilata dal Medico.

Tramatza, lì _____

IL DICHIARANTE _____