|  |
| --- |
| **Legge n. 162/1998 - DOMANDA****Piani personalizzati di sostegno a favore di persone con handicap grave****DGR 64/18 del 18.12.2020** |

 Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/ residente in Scano di Montiferro, Via/P.zza/C.so \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_

Domicilio (**se diverso dalla residenza**): Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero di telefono (cellulare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **In qualità di**:

□ destinatario □ tutore □ titolare della potestà genitoriale □ amministratore di sostegno

□ familiare responsabile (specificare il rapporto di parentela) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

del/della sig./ra (**BENEFICIARIO**) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a Scano di Montiferro in Via /P.zza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_

Domicilio (**se diverso dalla residenza**): Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n° \_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero di telefono (cellulare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**La predisposizione del piano personalizzato ai sensi della Legge n. 162/98** in favore di:

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ persona riconosciuta dalla Commissione medica in situazione di grave handicap di cui all'art. 3, comma 3 della Legge n. 104/92, con certificazione alla data del 31/03/2021;

A tal fine il/la sottoscritto/a consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici in caso di dichiarazioni mendaci,

**DICHIARA**

* di essere residente a Scano di Montiferro;
* che all’interno del nucleo anagrafico del destinatario del piano sono presenti familiari in gravi e documentate condizioni di salute, come da certificati medici allegati;
* che all’interno del nucleo anagrafico del destinatario del piano (barrare la voce interessata):
	1. sono presenti familiari che usufruiscono dei permessi dal lavoro ai sensi della L. 104/92, per n. ore settimanali/mensili \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	2. non sono presenti familiari che usufruiscono dei permessi dal lavoro ai sensi della L. 104/92;
* **L’IBAN** presso il cui conto dovranno essere accreditate le somme è \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ intestato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA**

* Copia del **verbale** di riconoscimento dello stato di handicap grave di cui all’art. 3 comma 3 della L. 104/1992 o **copia della certificazione provvisoria** (il verbale definitivo dovrà essere presentato al momento dell’avvio del progetto);
* Attestazione **ISEE 2021** per prestazioni agevolate di natura socio-sanitarie;
* **Scheda Salute** (**Allegato B**) (facoltativa per i piani in rinnovo) compilata, firmata e timbrata dal medico di famiglia o dal pediatra di libera scelta e/o altro medico di struttura pubblica o medico convenzionato che ha in carico il titolare della Legge 104/92;
* **scheda di valutazione sociale** (**Allegato C**);
* **dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà** (**Allegato D**);
* Copia del **documento di identità** in corso di validità e del **codice fiscale** del dichiarante e del destinatario del piano;
* Eventuale certificazione sanitaria attestante che la disabilità è congenita o sopraggiunta entro il 35° anno di età;
* Eventuale certificazione sanitaria attestante la condizione di gravità di salute di familiari appartenenti al nucleo.

**NOTE**

* Nel caso in cui il richiedente sia il tutore, curatore o amministratore di sostegno del destinatario del piano caso, produrre copia del decreto.

**AVVERTENZE**

* Il Comune di Scano di Montiferro si riserva di effettuare verifiche sulle dichiarazioni rese nella presente domanda e di segnalare eventuali difformità alle autorità competenti.

Scano di Montiferro,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

Il/la sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 artt. 6, 7, 8, 9, dichiara di essere informato/a, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento finalizzato all’intervento richiesto, per cui presta il suo consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell’informativa.

□ **Acconsento** □ **Non acconsento** al trattamento dei miei dati personali per l'invio tramite sms e/o e-mail di comunicazioni informative e/o scadenze, nonché newsletter da parte del Segretariato Sociale in relazione ai suoi servizi.

Scano di Montiferro, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma del richiedente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N.B. COMPILARE IL MODULO IN TUTTI I SUOI CAMPI