MODULO DOMANDA

**L. 162/98-PIANO PERSONALIZZATO IN FAVORE DI PERSONA CON DISABILITÀ GRAVE**

(art. 3, comma 3, Legge 104/92)

PROGRAMMA da attuarsi dal 1° maggio 2020

***AL COMUNE DI COSSOINE***

# *PROVINCIA DI SASSARI*

Il/la sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_ domiciliat\_ a *(****se diverso dalla residenza****)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

che venga predisposto un piano personalizzato di sostegno ai sensi della Legge 162/98: /\_/ per sé;

**/\_/** in qualità di

□ titolare della potestà genitoriale

□ incaricato della tutela

□ amministratore di sostegno

□ familiare di riferimento (indicare il rapporto di parentela) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per la persona di seguito indicata: nominativo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_ domiciliat\_ a *(****se diverso dalla residenza****)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi di dichiarazioni non veritiere, di informazione o uso di atti falsi

**DICHIARA**

□ che il destinatario del piano è in possesso del riconoscimento della condizione di disabilità, di cui all’articolo 3 comma 3 della L. n. 104/1992, con certificazione posseduta entro e non oltre il 31 dicembre 2019, o con visita effettuata entro il 31/12/2019 la cui certificazione definitiva sia stata rilasciata successivamente a tale data;

□ lacorrispondenza dell'attestazione ISEE allegata alla situazione del destinatario del piano nel rispetto dei parametri previsti dalla normativa di riferimento.

Il sottoscritto **dichiara inoltre** di avere letto ed approvato l’informativa in materia di trattamento dei dati personali, di averne recepito i principi nonché di aver appreso i propri diritti e la modalità con cui potranno essere fatti valere nell’ambito del trattamento dei propri dati personali.

**ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA**

□certificazione attestante il riconoscimento della condizione di handicap grave(L. 104/92 art. 3 comma 3)

**□** attestazione ISEE 2021 di cui all'art. 6 del D.P.C.M. n.159/2013 (ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitarie)

□scheda salute (**allegato B**) compilata dal Medico di Medicina Generale/Pediatra o altro Medico della struttura pubblica o convenzionata

**□** dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietàsugli emolumenti percepiti nel 2020 (**allegato D**)

□ copia del documento di riconoscimento del richiedente e, se persona diversa, del destinatario del piano

**□** copia del provvedimento del Tribunale di nomina di tutore o amministratore di sostegno **(da presentare obbligatoriamente**).

# □ altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cossoine, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**AVVERTENZE**

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