Scadenza 10.03.2021

**pena l’esclusione**

Richiesta predisposizione Piano Personalizzato di Sostegno ai sensi della L. 162 del 21.05.1998

**dal 1° Maggio al 31 Dicembre 2021**

## **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE AI SENSI DEL DPR 445/2000**

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a Prov. il

residente in Prov. CAP

In Via

codice fiscale

**Recapito tel**

consapevole delle responsabilità penali assunte, ai sensi dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**CHIEDE**

# In suo favore

**In Favore del/la proprio/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(da compilare se diverso dal richiedente)*

## cognome) (nome)

Nato/a Prov. il

residente in Prov. C.A.P.

In Via

codice fiscale

al competente Ufficio di Servizio Sociale di predisporre ed inoltrare, presso l’Assessorato Regionale Igiene, Sanità

e Assitenza Sociale in quanto riconosciuto disabile grave ai sensi dell’art. 3, comma 3, Legge 104/92 e pertanto di essere convocato per collaborare alla stesura del Piano.

A tal fine allega la seguente documentazione:

**Certificazione dello Stato di Handicap Grave** di cui all’articolo 3, comma 3, della L. n. 104/1992 posseduta entro e non oltre il 31 dicembre 2020;

**Certificazione ISEE 2021** (**ISEE socio-sanitario**);

**Allegato B -** Modulo Scheda Salute *(da far compilare al proprio Medico di Medicina Generale*

### o dal Pediatra di libera scelta o altro Medico di Struttura Pubblica);

Fotocopia documento di identità del firmatario;

Autorizzazione al Trattamento dei dati

delega

dichiarazione riscossione rimborsi

**IMPORTANTE**: Il/La sottoscritto/a dichiara di essere disponibile a presentarsi presso l’ufficio Servizi Sociali per la compilazione della **SCHEDA SOCIALE entro e non oltre il 10.03.2021.**

*Il Richiedente*

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