

**COMUNE DI TISSI**

**MODULO DI DOMANDA NUOVI PIANI - ANNO 2021**

**L 162/98 - PIANI PERSONALIZZATI DI SOSTEGNO A FAVORE DI PERSONE CON GRAVE DISABILITA’**

**Data scadenza:** **02/04/2021**

Il/la sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

domiciliat\_ a (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di: □ destinatario/a dell'intervento;

□ familiare di riferimento (indicare il rapporto di parentela) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ incaricato della tutela; □ titolare della potestà genitoriale; □ amministratore di sostegno della persona destinataria dell'intervento:

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

domiciliat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ posta elettronica certificata (pec) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**LA PREDISPOSIZIONE DEL PIANO PERSONALIZZATO AI SENSI DELLA LEGGE N. 162/98**

**a favore alla persona, riconosciuta dalla commissione medica in situazione di grave handicap di cui all'art. 3, comma 3 della Legge n. 104/92, posseduta/valutata entro e non oltre il 31 marzo 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 nel comune di Tissi;
* Che all’interno del nucleo anagrafico del/della destinatario/a del piano (barrare la voce interessata):

□ **sono** presenti

□ **non sono** presenti familiari che usufruiscono dei permessi dal lavoro ai sensi della L. 104/92.

* Che la propria famiglia anagrafica risulta così composta:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cognome e Nome** | **Luogo di nascita** | **Data di nascita** | **Relazione parentela** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

□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 nei confronti del beneficiario/a del piano (barrare la voce interessata):

□ **E'** stato nominato un tutore o amministratore di sostegno (allegare Decreto);

□ **Non è** stato nominato un tutore o amministratore di sostegno;

□ **E’** in corso la procedura di nomina del tutore/amministratore di sostegno;

* Che è in possesso del seguente Codice Iban (deve essere intestato alla persona beneficiaria del Piano o cointestato con quest’ultima):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**AVVERTENZE**

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

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA**

1. **ISEE Socio sanitario 2021 “ORDINARIO” o “RISTRETTO”.**
2. **Copia certificazione della situazione di handicap grave di cui all'art. 3, comma 3 della Legge N. 104/92;**
3. **Certificazione medica attestante la condizione di gravità di salute di familiari appartenenti al nucleo del destinatario del piano;**
4. **Copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del dichiarante e della persona destinataria del piano;**
5. **Dichiarazione attestante la fruizione di permessi L. 104/92 da parte di familiari conviventi con il destinatario del piano;**
6. **Allegato B: Scheda Salute (da consegnare al Medico di Base o Pediatra o Centro medico specializzato pubblico, per la compilazione);**
7. **Informativa sul trattamento dei dati personali**
8. Allegato D: Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di cui al DPR 445/2000.

Dichiaro di essere informato, ai sensi GDPR 2016/679 e s.m.i. che i dati personali contenuti nella presente domanda e quelli allegati sono acquisiti e utilizzati per fini istituzionali del Comune di Tissi e saranno trattati anche attraverso strumenti informatici. I dati potranno essere trattati e comunicati ad altri enti pubblici o a soggetti privati, sempre nell'ambito delle funzioni istituzionali e nell'interesse della persona beneficiaria.

TISSI , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_