**** Comune di Magomadas

Provincia di Oristano

[www.comune.magomadas.or.it](http://www.comune.magomadas.or.it)

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

Al Comune di Magomadas

Ufficio Servizi Sociali

**Oggetto: L. 162/98 - “Domanda di attivazione Piano personalizzato a favore di persone con handicap grave”. Scadenza 31.03.2021**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**il finanziamento per l’attuazione di un piano personalizzato predisposto ai sensi della Legge n. 162/98.**

□ per sé stesso;

□ oppure in qualità di (barrare la voce interessata): ○ genitore ○ tutore/curatore ○ amministratore di sostegno ○ familiare per :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome e cognome)

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a Magomadas in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A TAL FINE DICHIARA**

ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali in cui potrebbe incorrere in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione od uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76, nonché dell’ulteriore sanzione della decadenza dai benefici prevista dall’art. 75, articoli entrambi dello stesso D.P.R. 445/2000 dichiara sotto la propria responsabilità, per sé o per l’avente diritto:

* di essere in possesso/che il destinatario del piano è in possesso della certificazione di handicap grave ai sensi dell’art. 3 comma 3 della legge 104/92, riconosciuta prima del 31/03/2021;
* Che il proprio nucleo familiare/il nucleo familiare del beneficiario del piano è composto da:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome e cognome | Luogo e data di  nascita | Relazione di parentela  con il beneficiario |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

□ Di possedere/che il beneficiario del piano è in possesso di un ISEE per “prestazioni socio sanitarie non residenziali” elaborato in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021 di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; (presentare fotocopia dell’attestazione ISEE);

□ di autorizzare l’invio agli indirizzi sopra indicati di ogni comunicazione relativa al procedimento di assegnazione del contributo e di impegnarsi alla immediata comunicazione dei cambi di indirizzi;

Qualora venga concesso il beneficio economico richiesto, chiede che il pagamento venga effettuato tramite: (barrare la voce che interessa)

□ **codice IBAN per accredito bancario/postale intestato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Riportare il codice in modo chiaro e leggibile).**

Il/La richiedente prende atto che verrà contattato/a dall’Assistente Sociale per la predisposizione del piano personalizzato.

**Allega alla presente:**

❒ Copia della Certificazione della condizione di handicap grave di cui all’art.3, comma 3 della legge n. 104/92 accertata entro il 31/03/2021 o in assenza copia della Certificazione provvisoria della condizione di handicap grave di cui all’art.3, comma 3 della legge n. 104/92 (Resta inteso che il verbale definitivo dovrà essere presentato prima dell’avvio del progetto);

❒ Attestazione ISEE 2021 (può essere autocertificato oppure può essere allegata fotocopia);

❒ Scheda di valutazione sanitaria- **Allegato B** , debitamente compilata, firmata e timbrata dal medico di medicina generale, o dal pediatra di libera scelta o da altro medico di struttura pubblica;

❒ Scheda sociale – **Allegato C** e [dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà attestante la capacità economica del richiedente](https://www.comune.oristano.it/.galleries/doc-avvisi-e-scadenze/dichirazione_sostitutiva_allegato-D.pdf) (redditi esenti irpef: invalidità, accompagnamento, pensione sociale, ecc).

❒ Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà degli emolumenti percepiti dal beneficiario nell’anno 2020- **Allegato D**;

❒ Copia del documento d’identità e codice fiscale del dichiarante/beneficiario,in corso di validità.

❒ Eventuale altra documentazione comprovante condizioni di disabilità, o invalidità, o condizioni di salute gravi riferite a familiari appartenenti allo stesso nucleo del richiedente;

❒ Copia del provvedimento del Tribunale di nomina di tutore o amministratore di sostegno.

❒ Delega quietanza.

Magomadas lì, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

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

(allegare documento d’identità in corso di validità del dichiarante)

**Informativa resa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation)**

Gentile Signore/a,ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, si informa quanto segue:

**1.Finalità del Trattamento**

I dati da Lei forniti verranno utilizzati allo scopo e per il fine di GESTIONE PROCEDURE AVVISO PER LA GESTIONE DELLA L. 162/98.

**2.Modalità del Trattamento**

Le modalità con la quale verranno trattati i dati personali contemplano ACQUISIZIONE CARTACEA, TRATTAMENTO INFORMATICO.

**3.Conferimento dei dati**

Il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto 1 è obbligatorio e l’eventuale rifiuto dell’autorizzazione comporta RINUNCIA BENEFICIO.

**4.Comunicazione e diffusione dei dati**

I dati forniti potrebbero essere soggetti a comunicazione; non saranno soggetti a diffusione

**5.Titolare del Trattamento**

Il titolare del trattamento dei dati personali è COMUNE DI MAGOMADAS

**6. Diritti dell’interessato**

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

1. chiedere la conferma dell’esistenza o meno di propri dati personali;
2. ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
3. ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
4. ottenere la limitazione del trattamento;
5. ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
6. opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
7. opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;
8. chiedere al titolare del trattamento l’accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
9. revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
10. proporre reclamo a un’autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata al Comune di Magomadas, all'indirizzo postale della sede legale o all’indirizzo mail [protocollo@comune.magomadas.or.it](mailto:%20protocollo@comune.magomadas.or.it)

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l’informativa che precede.

Il COMUNE ha nominato come Data Protection Officer (DPO) o Responsabile Protezione Dati (RPD) l’Avv. Ivan Orrù, contattabile inviando una mail a email: [privacy@comune.it](mailto:privacy@comune.it) PEC: [privacy@pec.comune.it](mailto:privacy@pec.comune.it)

Io sottoscritto/a alla luce dell’informativa ricevuta

esprimo il consenso ’ ❒NON esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

esprimo il consenso ’ ❒NON esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati personali a enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell’informativa.

esprimo il consenso ’ ❒NON esprimo il consenso al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell’informativa che precede.

Magomadas, lì…………………………………… Firma………………………………………

Al Comune di Magomadas

Ufficio Servizi Sociali

**DELEGA QUIETANZA NUOVI PIANI L.162/98**

Il/La sottoscritto/a (Delegante)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento di identità n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qualora le vengano riconosciuti i benefici di cui alla L. 162/98,

**DELEGA**

il/la sig./sig.ra (Delegato) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento di identità n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a percepire in nome e per conto del beneficiario di cui alla legge 168/99 gli emolumenti spettanti

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

Luogo e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Delegante Firma Delegato

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

Allegare:

Fotocopia del documento di identità del delegante

Fotocopia del documento del delegato

IL DELEGATO DOVRA’ PRESENTARE CON DOCUMENTO D’IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITA’