

MODULO NUOVA DOMANDA
L. 162/98-PIANO PERSONALIZZATO IN FAVORE DI PERSONA CON DISABILITÀ GRAVE
(art. 3, comma 3, Legge 104/92)
programma da attuarsi nell'annualità 2024

AL COMUNE DI SASSARI
SETTORE POLITICHE, SERVIZI E COESIONE SOCIALE
VIA ZARA 2
07100 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 _____@_____

CHIEDE

che venga predisposto un piano personalizzato di sostegno ai sensi della Legge 162/98:

per sé;

o in qualità di:

titolare della responsabilità genitoriale

incaricato della tutela

amministratore di sostegno

familiare di riferimento (indicare il rapporto di parentela) _____

per la **persona di seguito indicata:**

nome _____ cognome _____ nat_ a _____
il _____, residente a _____ in Via _____ n° _____
domiciliat_ a (*se diverso dalla residenza*) _____ in Via _____ n° _____
Cod. Fisc. _____ tel. _____ cell. _____
Mail _____@_____

A tal fine ai sensi dell'art. 46 e dell'art. 47 del D.P.R. 28 Dicembre n. 445 consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 dello stesso D.P.R. per i casi di dichiarazioni non veritiere, di informazione o uso di atto falsi

DICHIARA

che il destinatario del piano è in possesso del riconoscimento della condizione di disabilità grave, di cui all'articolo 3 comma 3 della L. n. 104/1992;

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

Dichiara inoltre di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali di cui all'art. 13 del Reg.UE 679/2016 e di averne recepito i contenuti, pertanto esprime il consenso manifestamente ed inequivocabilmente al trattamento dei dati personali forniti, inclusi quelli considerati come "categorie particolari di dati" con le modalità indicate nell'informativa.

Si impegna a produrre non oltre il _____ la documentazione di seguito indicata:

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA (*contrassegnare voce corrispondente documentazione allegata*)

certificazione attestante il riconoscimento della condizione di disabilità grave di cui all'art.3 comma 3 L.104/92

attestazione ISEE 2024 di cui all'art. 6 del D.P.C.M. n.159/2013 (ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitarie)¹

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

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 _____

Sassari, _____

FIRMA

¹ La mancata presentazione dell'ISEE 2024 comporterà la riduzione dell'80% del finanziamento assegnabile. Per gli altri aspetti si rinvia al documento "L.162--98 indicazioni nuove domande 2023"