**DA PRESENTARE ENTRO**

**Al Responsabile del Servizio Socio – Culturale**

## Comune di SERDIANA

|  |
| --- |
| **OGGETTO: Domanda per l’ammissione alla programmazione dei piani personalizzati di sostegno ai sensi della legge 162/98 – Annualità 2018**  |

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nata/o a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n °\_\_\_\_\_\_\_Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

**Che venga predisposto un piano personalizzato di sostegno ai sensi della Legge 162/1998 Annualità 2018**

**□** In suo favore

**□** In favore del sig./sig.ra/ minore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a Serdiana

in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n °\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**A tal fine DICHIARA, per sé o per l’avente diritto,** (ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 445/2000) **sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci:**

Nel caso in cui non sia beneficiario diretto,di essere:

* genitore,
* esercente la potestà o tutela,
* familiare,
* amministratore di sostegno del sig./sig.ra/minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per il quale si richiede il riconoscimento del beneficio.

**□** di essere, o che il beneficiario diretto è stato, riconosciuto “portatore di handicap in situazione di gravità” ai sensi della **legge 5 maggio1992, n. 104 art. 3 comma 3**, e che la certificazione è stata rilasciata entro non oltre la data del **31/12/2017**;

**□** che l’handicap grave del destinatario è:

* **congenito**
* **insorto entro i 35 anni per patologia acquisita;**

**□** che nell'anno 2017, i **permessi lavorativi** retribuiti, concessi ai sensi dell’art. 33, comma 3 della Legge 104/92, sono stati fruiti dal/la sig/sig.ra:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rapporto di parentela con il beneficiario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ recapito telefonico (indispensabile): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ che nel nucleo anagrafico del destinatario del piano sono presenti **familiari in gravi e documentate condizioni di salute**, come da documentazione sanitaria allegata (indicare i nominativi dei familiari) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ di essere a conoscenza del fatto che l’Amministrazione Comunale, ai sensi dell’art. 71 del DPR 445/2000, potrà disporre controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese;

□ di autorizzare il Comune di Serdiana al trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs 196/2003.

**Allega alla presente:**

* **scheda Salute** **(Allegato B)**, compilata e firmata dal Medico di Medicina Generale o Pediatra di libera scelta e/o altro medico di struttura pubblica o Medico convenzionato, che ha in cura la persona con disabilità.
* **Scheda sociale beneficiario (Allegato C)** compilata e firmata dal beneficiario o dal richiedente.
* **dichiarazione Sostitutiva dell’atto di notorietà (Allegato D) in cui si dichiarano gli emolumenti relativi all’anno 2017**;
* certificazione di riconoscimento della condizione di handicap ai sensi dell’art. 3, comma 3, della L. 104/92;
* copia certificato **ISEE 2018 “Sociosanitario”** (art. 6 del DPCM n. 159/2013);
* eventuale fotocopia del **Decreto di nomina di Tutore o Amministratore di sostegno** rilasciato dal competente Tribunale;
* eventuale **certificazione sanitaria attestante l’invalidità di altri componenti del nucleo familiare**;
* eventuale dichiarazione attestante la fruizione di **permessi lavorativi** retribuiti, concessi ai sensi dell’art. 33, comma 3 della Legge 104/92 da parte di familiari, parenti o affini entro il 3° grado, conviventi, del destinatario del piano, secondo quanto previsto dall'art. 33 comma 3 della legge 104/92 **(Allegato E);**
* copia di un **documento d’identità** in corso di validità e del codice fiscale del dichiarante e del destinatario del piano.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***Firma del dichiarante***

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

|  |
| --- |
| Al fine di garantire l’autenticità della firma della dichiarazioneSi allega copia fotostatica del seguente documento di riconoscimento:tipo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***Firma del dichiarante*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

***Tutela dati personali – Informativa di cui all’art 13 del D.lgs. n°196/2003***

* Titolare del trattamento è il Comune di Serdiana. Responsabile del trattamento è il Responsabile del Servizio Sociale.
* I dati forniti dalla S.V. sono utilizzati solo ed esclusivamente per le finalità strettamente connesse all’attività dell’ente locale, ed in particolare per lo svolgimento del presente procedimento.
* La conservazione dei dati avviene tramite archivi cartacei e/o informatici.
* I dati possono essere comunicati esclusivamente agli altri uffici comunali e non vengono in alcun modo diffusi.
* I partecipanti alla presente, possono esercitare i diritti previsti dagli artt.7 e 8 del D.Lgs. n°196/2003, rivolgendosi al Ufficio Servizi Sociali.
* Resta salva la normativa del diritto di accesso agli atti amministrativi di cui alla legge 241 del 7 agosto 1990 e successive modificazioni ed integrazioni.

**ATTENZIONE**

**Il presente modulo di domanda dovrà essere debitamente compilato in ogni sua parte, sottoscritto e corredato di tutta la documentazione sopra elencata.**

**La mancata compilazione anche parziale del modulo e la mancata presentazione dei documenti richiesti comporterà la mancata attribuzione del punteggio.**