

AL COMUNE DI FURTEI
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Oggetto: L. 162/1998 Piani personalizzati di sostegno a favore di persone con handicap grave – annualità 2018.

Il Sottoscritto _____ nato a _____ il
_____/_____/_____, Residente a _____ in via/p.zza
_____, n. _____ Tel/cell. _____
C.F. _____

CHIEDE

di beneficiare del contributo di cui all'oggetto per se stesso/a ovvero in qualità di

- ☐ Destinatario del Piano
- ☐ Incaricato della tutela
- ☐ Titolare della potestà genitoriale
- ☐ Amministratore di sostegno della persona destinataria del piano.

Nome e Cognome _____

Luogo e Data di Nascita. _____ Residenza _____

Via/piazza _____ n. ____ Tel/Cell _____

C.F. _____

A tal fine Dichiaro:

- ☐ Di essere in possesso della certificazione di handicap grave, ai sensi della L.104/92 art. 3 comma 3, rilasciata dalla commissione competente **entro e non oltre la data del 31/12/2017** (saranno prese in considerazione anche le domande di coloro che hanno effettuato la visita entro il 31/12/2017 la cui certificazione definitiva sia stata rilasciata successivamente a tale data).
- ☐ Di essere consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000, l'Amministrazione provvederà alla revoca dei benefici eventualmente concessi, come previsto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. 445/2000.
- ☐ Di dare il proprio consenso al controllo della corrispondenza di quanto dichiarato con le risultanze dei dati custoditi dalla competente amministrazione pubblica, ai sensi dell'art. 71, co. 3 del DPR n. 445/2000;

- ☐ Di essere a conoscenza che il trattamento dei dati personali forniti avverrà nel rispetto di quanto sancito dall'art. 13 del Decreto Legislativo. N. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei Dati Personali".

Allega alla presente:

- a. La **certificazione attestante l'handicap grave** ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92 in corso di validità (il documento deve essere posseduto entro il 31/12/2017 - saranno prese in considerazione anche le domande di coloro che hanno effettuato la visita entro il 31/12/2017 la cui certificazione definitiva sia stata rilasciata successivamente a tale data);
- b. La **Scheda Salute**, da far compilare dal proprio Medico di Medicina Generale (medico di base) o dal Pediatra di libera scelta o altro Medico di Struttura Pubblica;
- c. La **certificazione ISEE** per "Prestazioni socio sanitarie" di cui alla Legge n.89 del 26 Maggio 2016 art 2 sexies e del Decreto interministeriale n.146 del 01/06/2016 in corso di validità;
- d. Copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del dichiarante e del destinatario del piano;
- e. Eventuale decreto di nomina dell'amministratore di sostegno;
- f. Eventuale certificazione medica attestante la condizione di gravità di salute di familiari appartenenti al nucleo del destinatario del piano.

Luogo e Data _____

FIRMA
