

## **MODULO DI DOMANDA**

### **L. 162/1998 PIANI PERSONALIZZATI DI SOSTEGNO A FAVORE DI PERSONE CON GRAVE DISABILITA' (L.104/1992 art. 3 comma 3)**

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 \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

in qualità di:

- ☐ destinatario/a dell'intervento;
- ☐ incaricato della tutela;
- ☐ titolare della potestà genitoriale; ☐ amministratore di sostegno della persona destinataria dell'intervento
- ☐ familiare di riferimento \_\_\_\_\_  
(indicare il rapporto di parentela)

### **CHIEDE**

**La predisposizione di un piano personalizzato di sostegno di cui alla legge 162/1998 a favore del sig./sig.ra:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ domiciliat\_ a (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

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 Palau;
- che all'interno del nucleo anagrafico del/della destinatario/a del piano (barrare la voce interessata):
  - ☐ **sono** presenti familiari che usufruiscono dei permessi lavorativi ai sensi della L. 104/92;

☐ **non sono** presenti familiari che usufruiscono dei permessi lavorativi ai sensi della L. 104/92;

- che la propria famiglia anagrafica risulta così composta:

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

- Che all'interno del nucleo anagrafico del destinatario del piano:
  - ☐ **sono** presenti familiari in gravi e documentate condizioni di salute, come da certificazione allegata;
  - ☐ **non sono** presenti familiari in gravi e documentate condizioni di salute;
- Che nei confronti del beneficiario/a del piano (barrare la voce interessata):
  - ☐ **è** stato nominato un tutore o amministratore di sostegno (allegare Decreto);
  - ☐ **non è** stato nominato un tutore o amministratore di sostegno;
  - ☐ **è** in corso la procedura di nomina del tutore/amministratore di sostegno;

#### AVVERTENZE

**Il Comune di Palau 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) copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del dichiarante e della persona destinataria del piano;
- 2) eventuale copia del provvedimento di nomina del Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno del beneficiario;
- 3) ISEE Socio sanitario 2026 ORDINARIO / RISTRETTO o per i casi previsti dalla legge per MINORENNI;
- 4) copia certificazione della situazione di handicap grave di cui all'art. 3, comma 3 della Legge n. 104/1992;
- 5) certificazione medica che attesti la presenza all'interno del nucleo di appartenenza del disabile, di eventuali familiari affetti da gravi patologie;
- 6) allegato B: Scheda Salute (da consegnare, per la compilazione, al Medico di Base, al Pediatra o al Medico specializzato di struttura pubblica);
- 7) Allegato D: Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, con indicazione dei redditi esenti IRPEF percepiti nell'anno 2025;
- 8) dichiarazione attestante la fruizione di permessi L. 104/1992 da parte di familiari del destinatario del piano;
- 9) copia del codice IBAN del destinatario del piano personalizzato;

### **INFORMAZIONE E ACCESSO AI DATI PERSONALI**

Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Palau li \_\_\_\_\_

Firma per accettazione \_\_\_\_\_