Al Responsabile del Servizio Sociale

Del Comune di Sardara

**OGGETTO**: Richiesta predisposizione/ rinnovo Piano personalizzato ai sensi della L. 162/98 – Gestione 2021.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di: destinatario del

piano o incaricato della tutela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

titolare della potestà genitoriale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

amministratore di sostegno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

della persona destinataria del piano:

nome e cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_ Sardara \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**CHIEDE**

la predisposizione del piano personalizzato ai sensi della L. 162/98 in favore di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov .\_\_\_\_\_) il

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a Sardara in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi della vigente normativa in materia di tutela della privacy

Sardara, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ richiedente la predisposizione del piano personalizzato a

favore di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ai sensi dell’art. 46 del D.P.R 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76**

**del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, sotto la**

**propria responsabilità**

**DICHIARA**

(barrare la voce che interessa)

che il destinatario del piano è in possesso della certificazione di handicap grave ai sensi dell’art. 3, comma

3, della Legge 104/92 **al 31.03.2021**;

che il destinatario del piano ha effettuato visita medica per richiedere la certificazione di handicap grave ai

sensi dell’art. 3, comma 3, della Legge 104/92 **al 31.03.2021**;

di essere consapevole che in caso di finanziamento del Piano Personalizzato, questo non potrà essere

gestito o affidato ai parenti conviventi né a quelli indicati all’art. 433 del codice civile;

che l’handicap grave del destinatario è congenito o insorto entro i 14 anni per patologia acquisita, come da

certificazione del Medico di Medicina Generale o dal Pediatra e/o altro medico della struttura pubblica che

ha in carico il paziente;

che la patologia del destinatario comporta una invalidità del 100%, come da certificato di invalidità;

di aver preso visione del bando, e di tutti gli atti inerenti la predisposizione del piano personalizzato ai

sensi della legge 162/98 e di accettarne le condizioni in essi contenute;

di essere a conoscenza che tutte le informazioni e aggiornamenti sulla legge 162/98 verranno pubblicate

esclusivamente nel sito istituzionale dell’Ente che si impegna a consultare periodicamente ma soprattutto in

occasione delle scadenze.

Firma

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Documentazione da allegare:**

Documento d’identità, in corso di validità del destinatario del piano e/o del richiedente:

Certificazione della disabilità di cui all’art. 3 comma 3 della Legge n. 104/’92;

Scheda Salute, che dovrà essere compilata e firmata dal Medico di Medicina Generale o dal pediatra di

libera scelta e/o altro medico della struttura pubblica che ha in carico il richiedente (eventuali costi sono a

carico esclusivo del richiedente);

Certificazione, compilata dal Medico di Medicina Generale o dal pediatra di libera scelta e/o altro medico

della struttura pubblica, attestante che l’handicap grave del destinatario è congenito o insorto entro i 14

anni per patologia acquisita:

Certificazione ISEE socio sanitario anno 2021, riferita al solo beneficiario;

Documentazione attestante l’eventuale nomina di tutore o di amministratore di sostegno:

Nel caso di genitori separati o divorziati, qualora uno dei due abbia l’affidamento esclusivo del minore, è

necessario produrre atto di separazione o di divorzio dove viene disposto il medesimo affidamento

esclusivo; qualora invece si tratti di affidamento congiunto, il genitore richiedente dovrà essere delegato

mediante delega formale, da autenticare presso gli uffici comunali preposti, per la presentazione,

predisposizione e gestione del piano da parte dell’altro genitore;

Certificato di invalidità del destinatario del piano (da produrre solo in caso di riconoscimento di invalidità

pari al 100%);

Certificazione medica, recente ed esaustiva, attestante che il familiare è affetto da grave patologia, nel

caso di presenza all’interno del nucleo familiare del disabile, di familiari affetti da gravi patologie;

Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà dalla quale risulti l’eventuale fruizione, da parte di uno o più

familiari del disabile, di permessi lavorativi retribuiti ai sensi della Legge 104/92, con la specificazione del

soggetto erogatore (datore di lavoro), delle ore settimanali e annuali e del numero di settimane fruite.