****

**Comune di Assemini**

*Area Amministrazione e Finanze*

*Servizi Sociali*

|  |
| --- |
| Prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Al Responsabile del Servizio Sociale

del Comune di Assemini

|  |
| --- |
| **DOMANDA PER L’AMMISSIONE**  **ALLA PROGRAMMAZIONE DEI PIANI PERSONALIZZATI DI SOSTEGNO**  **AI SENSI DELLA LEGGE 162/98 –**  **PROGRAMMA 2018 DA REALIZZARSI NELL’ANNO 2019** |

Il/la sottoscritt\_\_\_ Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_

Codice Fiscale /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### CHIEDE

In qualità di:

 diretto interessato;

 genitore;

 familiare delegato;

 esercente la tutela o patria potestà;

 amministratore di sostegno;

Che venga predisposto un piano personalizzato di sostegno

ai sensi della Legge n° 162 del 1998

 in suo favore;

 in favore del sig. /sig.ra / minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in Assemini in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

A tal fine, il sottoscritto, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa) CONSAPEVOLE delle conseguenze penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 DPR n. 445/2000) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR n. 445/2000):

DICHIARA

* di essere materialmente in possesso della certificazione di cui all’art. 3 comma 3 della legge 104/1992 – riconoscimento dello stato di handicap in condizione di gravità;
* che il valore dell’ ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria, riferito ai redditi anno 2017, è pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ come risulta dall’attestazione ISEE 2019 prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ valido fino al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ intestato al dichiarante sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/
* di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.to L.vo 30 giugno 2003 n° 196 (*Codice in materia dei dati personali*), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Assemini, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

( Firma )

la firma deve essere apposta sul presente modulo in presenza dell’impiegato addetto alla ricezione. Se consegnata a mano o per posta, fax o consegnata tramite incaricato può essere apposta precedentemente allegando copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità

**DOCUMENTI DA ALLEGARE:**

* copia fotostatica del documento d’identità in corso di validità e della tessera sanitaria del beneficiario;
* copia fotostatica del documento d’identità in corso di validità e della tessera sanitaria del dichiarante;
* copia del verbale definitivo comprovante il riconoscimento di handicap grave (art. 3, comma 3, Legge 104/92) o copia del verbale provvisorio purché in corso di validità;
* scheda salute (Allegato B) compilata, firmata e timbrata dal medico di famiglia o dal pediatra di libera scelta e/o altro medico di struttura pubblica o convenzionata che ha in carico il beneficiario del progetto;
* autocertificazione degli emolumenti (pensioni, indennità, ecc..) percepiti dal beneficiario nell’anno 2018 (Allegato D);
* dichiarazione di delega;
* certificazione comprovante il riconoscimento dell’invalidità civile o altra certificazione sanitaria attestante che la disabilità è congenita o sopraggiunta entro il 35° anno di età;
* dichiarazione sostitutiva di fruizione dei permessi ai sensi della Legge 104/92;
* eventuale certificazione sanitaria (es. invalidità civile, ecc.) attestante che uno o più familiari conviventi siano affetti da gravi patologie.