



COMUNE DI SANT'ANNA ARRESI

AREA SOCIO ASSISTENZIALE PEDAGOGICA

Piazza Moro 1, 09010 SANT'ANNA ARRESI – Tel. 0781.96691
P.IVA 01351570922 C.F. 81001910926

Allegato C alla Determinazione del Responsabile dell'Area Socio Assistenziale Pedagogica n. 1 del 28/01/2020

SPETT.LE
COMUNE DI SANT'ANNA ARRESI
Alla c.a. Servizio Sociale

OGGETTO: L. 162/98. RICHIESTA PREDISPOSIZIONE PIANO PERSONALIZZATO DI SOSTEGNO A FAVORE DI PERSONE CON HANDICAP GRAVE - ANNUALITA' 2020.

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
e residente a _____
in Via _____ N. _____ C.F. _____
Telefono _____ Cell. _____
email _____
posta certificata _____
(campi da compilare obbligatori)

CHIEDE

Che venga predisposto un Piano Personalizzato di sostegno ai sensi della Legge 162/98

In qualità di:

- ☐ Destinatario del piano
- ☐ Incaricato della tutela
- ☐ Titolare della patria potestà
- ☐ Amministratore di sostegno della persona destinataria del piano
- ☐ Parente del beneficiario (figlio, nipote, coniuge ...)

Cognome _____ Nome _____

C.F. _____

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, le dichiarazioni mendaci, 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. 77 del medesimo D.P.R. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici,

DICHIARA, per se o per l'avente diritto

1. Di essere in possesso della certificazione di cui all'art. 3, comma 3, della L. 104/92 (riconoscimento dello stato di handicap grave) rilasciata dalla competente commissione medica alla data del 31.12.2019;

2. Di aver effettuato la visita per il riconoscimento dell'handicap di cui all'art. 3, comma 3, della L. 104/92 alla data del 31.12.2019;
3. Che la disabilità è congenita (allegare certificazione);
4. Che la disabilità è insorta entro il 35 anno di età (allegare certificazione)
5. Di essere consapevole che la mancata presentazione della documentazione richiesta e/o la compilazione incompleta del presente modulo di domanda comporta la non accettazione dell'istanza in oggetto;
6. Di essere consapevole che l'Ufficio Servizi Sociali effettuerà gli opportuni controlli sulla veridicità della documentazione allegata;
7. Che il proprio nucleo familiare è così composto:

Nome e Cognome	Nato A	Nato il	Relazione di Parentela

Si allega obbligatoriamente alla presente:

- Copia certificazione dello stato di handicap di cui all'art. 3 comma 3 della Legge n.104/92 rilasciata dalla competente commissione medica;
- Copia documentazione attestante la visita per il riconoscimento dell'handicap di cui all'art. 3 comma 3 della Legge n.104/92 effettuata in data 31.12.2019;
- Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente;
- Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del beneficiario del Piano qualora il richiedente sia persona differente;
- Copia della Certificazione ISEE in corso di validità;
- Scheda salute (Allegato B) compilata dal medico di medicina generale o specialista ASL con eventuale costo a carico del richiedente;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà degli emolumenti percepiti nell'anno 2019 dalla persona destinataria del piano (Allegato D)
- Autocertificazione relativa ai servizi fruiti nell'anno 2019 (Allegato E).

Il modulo di domanda, debitamente compilato e corredato della documentazione richiesta suindicata dovrà essere presentato all'ufficio protocollo del Comune, negli orari di apertura al pubblico, tassativamente, pena esclusione **entro e non oltre le ore 12.00 del giorno mercoledì 26.02.2020.**

Per ulteriori informazioni il Servizio Sociale è disponibile negli orari di apertura al pubblico, il lunedì e il mercoledì dalle ore 10.00 alle ore 12.00 o su appuntamento.

Dichiaro di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96, i dati personali da me forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Sant'Anna Arresi lì _____

In fede
