



# 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. 5 del 15/02/2021

**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' 2021**

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 31.03.2021;
2. Che la disabilità è congenita (allegare certificazione);
3. Che la disabilità è insorta entro il 35 anno di età (allegare certificazione)

4. 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;
5. Di essere consapevole che l'Ufficio Servizi Sociali effettuerà gli opportuni controlli sulla veridicità della documentazione allegata;
6. 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 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 2021 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 2020 dalla persona destinataria del piano (Allegato D)
- Autocertificazione relativa ai servizi fruiti nell'anno 2020 (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 venerdì 26.02.2021**.

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*

\_\_\_\_\_