



COMUNE DI SINISCOLA

PROVINCIA DI NUORO

Ufficio Servizi Sociali - Tel 0784/870864 – 0784/870856 - [servizisociali@comune.siniscola.nu.it](mailto:servizisociali@comune.siniscola.nu.it)

DOMANDA PER LA CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO PER LA REALIZZAZIONE DEI PIANI PERSONALIZZATI IN FAVORE DI PERSONE CON HANDICAP GRAVE. LEGGE 21 MAGGIO 1998, N. 162 - **PROGRAMMA 2020. (scadenza 13/03/2020)**

Il/La sottoscritta/o \_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente

a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Chiede di poter accedere al programma in oggetto e a tal fine

#### DICHIARA

Di essere riconosciuto portatore di Handicap Grave ai sensi della Legge 5 maggio 1992, n° 104 art. 3 comma 3 e di proporre domanda per sé medesimo;

#### OPPURE

Di essere:

familiare di riferimento  tutore  curatore  amministratore di sostegno  persona delegata e proporre domanda in nome e per conto del beneficiario:

Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_.

Dichiara di essere, alla data di presentazione della domanda, in possesso della certificazione di cui all'art. 3 comma 3 della L. 104/92 e che:

la certificazione di cui all'art. 3 comma 3 della L. 104/92, è stata rilasciata entro il 31.12.2019 (indicare la data di definizione del verbale: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_);

*oppure*

la certificazione di cui all'art. 3 comma 3 della L. 104/92, è stata rilasciata in data \_\_\_/\_\_\_/2020 (indicare la data di definizione del verbale), avendo effettuato visita collegiale presso la competente Commissione Medica Territoriale in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ (entro il 31.12.2019).

## INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

- consapevole che in caso di mendaci, falsità in atti o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000, l'Amministrazione provvederà alla revoca dei benefici eventualmente concessi, come previsto dall'art. 75 D.P.R. n. 445/2000;
- nonché di quanto previsto dall'art. 71, comma 3, D.P.R. n. 445/2000, in merito al contestuale consenso prestato dal dichiarante, con la presente, al controllo corrispondenza di quanto dichiarato, con le risultanze dei dati custoditi dalla competente amministrazione pubblica;
- il dichiarante è informato che il trattamento dei dati personali forniti avviene nel rispetto di quanto sancito dall'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Siniscola, li \_\_\_\_\_

Il dichiarante

---

### Documentazione da allegare al modulo:

- Copia ISEE 2020 per prestazioni socio sanitarie - sulla base della nuova normativa (art. 6 del DPCM n. 159 del 2013, L.89 del 26.05.2016, art.2 sexies e s.m.i.), priva di omissioni/difformità;
- Copia del verbale attestante la condizione di handicap grave di cui alla legge 104/1992 articolo 3 comma 3, (certificata entro il 31.12.2019 o successivamente, purché la visita collegiale sia avvenuta entro il 31.12.2019);
- Copia del verbale d'invalidità civile;
- Scheda Salute (Allegato B) da redigere a cura del medico di medicina generale e/o pediatra di libera scelta e/o dal medico specialista di struttura pubblica o convenzionata che ha in carico il paziente;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (Allegato D), con indicazione dei redditi esenti IRPEF relativi all'anno 2019;
- Eventuale copia del provvedimento del Tribunale di nomina di tutore o amministratore di sostegno;
- Copia fotostatica del documento di identità e del codice fiscale del destinatario del piano e del richiedente.

*N.B. La domanda di predisposizione del piano dovrà essere presentata presso l'Ufficio Protocollo del Comune di Siniscola entro il 13.03.2020, a pena di esclusione.*