

**RICHIESTA PER LA PREDISPOSIZIONE DI UN PIANO PERSONALIZZATO DI SOSTEGNO AI
SENSI DELLA LEGGE 21 MAGGIO 1998, N. 162 – PROGRAMMA 2011.**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ e residente
a _____ in via _____ n. _____
Tel. _____ (obbligatorio), C.F. _____,

CHIEDE

**CHE VENGA PREDISPOSTO UN PIANO PERSONALIZZATO DI SOSTEGNO AI SENSI DELLA LEGGE N. 162/98 –
PROGRAMMA 2011**

- In suo favore
- In favore del/la Sig./ra/minore _____
nato/a a _____ il _____ e residente
a Selegas in via _____ n. _____ Tel. _____
C.F. _____

A TAL FINE DICHIARA, per se o per l'avente diritto, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci:

Nel caso in cui non sia destinatario diretto di essere

- Incaricato della tutela
- Titolare della patria potestà
- Amministratore di sostegno
- Familiare di riferimento

della persona destinataria del piano, riconosciuta in condizione di handicap grave di cui all'art. 3, comma 3 e all'art. 39, comma 2, lett. 1) ter, della Legge 5 maggio 1992, n. 104.

Oppure

- di essere riconosciuto in condizione di handicap grave di cui all'art. 3, comma 3 e all'art. 39, comma 2, lett. 1) ter, della Legge 5 maggio 1992, n. 104.

Allega la seguente documentazione:

- Copia certificazione dello stato di handicap grave permanente ai sensi dell'art. 3, comma 3 della L. 104/92;
- Copia verbale attestante l'invalidità del 100% (solo per i destinatari la cui disabilità è congenita);
- Attestazione ISEE con i redditi **anno 2010**;
- Scheda di salute – Allegato B – compilata, firmata e timbrata dal Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di Libera Scelta (**solo per i nuovi piani e per i rinnovi per i quali si chiede l'aggravamento**);
- Certificazione rilasciata nel corso del 2011 dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta e/o altro medico della struttura pubblica che ha in carico il paziente e che ne attesti l'aggravamento (**solo per coloro i quali devono procedere al rinnovo del piano e le cui condizioni di salute si siano modificate**);
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà in cui si dichiara che le informazioni riportate nella Scheda sociale - Allegato C - sono veritiere
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà – Allegato D - in cui si dichiarano gli emolumenti relativi all'anno 2010 del destinatario del piano
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di chi non sa o non può firmare né dichiarare;
- Fotocopia documento d'identità del dichiarante;

Selegas, lì _____

Il Dichiarante

Il sottoscritto, in conformità di quanto sancito dall'art 13 del D.Lgs 30 giugno 2007, n. 196 “*Codice in materia di protezione dei dati personali*”, autorizza il trattamento dei dati personali da parte dell'Ufficio Servizio Sociali del Comune di Selegas esclusivamente nell'ambito del procedimento connesso alla pratica della L. 162/98.

Selegas, lì _____

Il Dichiarante
