



COMUNE DI SEGARIU

PROVINCIA DEL SUD SARDEGNA

Via Municipio, 9 - 09040 – Pec: protocollo@pec.comune.segariu.ca.it
Tel. 070.9305011 - Fax 070.9302306

**AL RESPONSABILE DEL SETTORE SERVIZI SOCIALI
DEL COMUNE DI
SEGARIU**

**- LEGGE N. 162/1998 –
RICHIESTA PREDISPOSIZIONE PIANO PERSONALIZZATO DI SOSTEGNO A
FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE (D.G.R. N. 55/12 DEL 13.12.2017)
- ANNUALITA' 2019 -**

⇒ DA PRESENTARE ALL'UFFICIO PROTOCOLLO ENTRO IL 04.03.2019

Il/La sottoscritt _____
nat _____ a _____ (_____) il _____
residente a Segariu in via/vico/p.zza _____ n. _____
CODICE FISCALE _____

in qualità di:

- ☐ destinatario del piano personalizzato;
- ☐ incaricato della tutela/ amministrazione di sostegno (*allegare copia provvedimento di nomina*);
- ☐ esercente la responsabilità genitoriale;
- ☐ familiare referente (*indicare il rapporto di parentela*) _____

CHIEDE

- che venga predisposto:

- ☐ il RINNOVO
- ☐ l'ATTIVAZIONE

di un piano personalizzato di sostegno ai sensi della Legge n. 162/ 1998 in favore di:

- ☐ sé medesimo;
- ☐ di Cognome _____ Nome _____, nat _____ a _____
_____ (_____) il _____ residente in Segariu (VS) in via/vico/p.zza _____
_____ n. _____ CODICE FISCALE _____

in quanto trovasi in condizioni di disabilità grave (art. 3, comma 3), come risulta dalla certificazione sanitaria allegata.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

D I C H I A R A

(artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

- che il destinatario del piano personalizzato è in possesso della certificazione di cui all'art. 3 comma 3 della Legge n. 104/92 posseduta alla data _____, con revisione disposta in data _____;

ovvero

- che il destinatario del piano personalizzato ha effettuato la visita presso la Commissione Medica entro il 31.12.2018;
- che l'handicap grave del destinatario del piano personalizzato è congenito o insorto prima del compimento dei 35 anni di età.

☐ (in caso di rinnovo) **DICHIARA CHE NON SONO SOPRAGGIUNTE MODIFICHE NELLE CONDIZIONI DI SALUTE DEL DESTINATARIO E PERTANTO CONFERMA, PER L'ANNUALITÀ 2019, LA "SCHEDA SALUTE" GIA' ALLEGATA ALLA PRECEDENTE DOMANDA.**

☐ DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA CHE LA GESTIONE DEL PIANO PERSONALIZZATO NON PUÒ ESSERE AFFIDATA A PARENTI CONVIVENTI NÉ A QUELLI INDICATI ALL'ART. 433 DEL CODICE CIVILE

Allega alla domanda la seguente documentazione (barrare le caselle interessate):

- ☐ copia del documento d'identità del richiedente e del destinatario del piano in corso di validità;
- ☐ copia della certificazione di cui all'art. 3 comma 3 della Legge n. 104/92;
- ☐ copia attestazione ISEE 2019;
- ☐ scheda salute "Allegato B" (compilata e firmata dal Medico di Medicina Generale o pediatra di libera scelta e/o altro medico della struttura pubblica o medico convenzionato che ha in cura la persona con disabilità - eventuali costi sono a carico del richiedente);
- ☐ dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (Allegato D);
- ☐ (eventuale) certificazione medica (verbale I.C. 100% o L. n. 104/92 art. 3, c. 3) di familiari conviventi affetti da gravi patologie);
- ☐ (eventuale) dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti la fruizione da parte di uno o più familiari conviventi del disabile di permessi lavorativi retribuiti ai sensi della L. n. 104/92;
- ☐ (solo per i minori e in caso di genitori separati o divorziati) in presenza di affidamento esclusivo copia del relativo provvedimento del Tribunale, se l'affido è congiunto il genitore richiedente deve essere in possesso di apposita delega da parte dell'altro genitore;
- ☐ (eventuale) copia del provvedimento del Tribunale di nomina di tutore o amministratore di sostegno.

Segariu,

IL/LA DICHIARANTE

ESPRIME il proprio consenso per l'utilizzo dei dati personali per l'espletamento di tutte le procedure amministrative necessarie all'istruttoria della presente pratica, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 GDPR (General Data Protection Regulation) e del D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101.

Segariu,

IL/LA DICHIARANTE

(Le dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà sono sottoscritte dall'interessato alla presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del sottoscrittore – art.38 c.3 D.P.R. 20.12.2000 N.445). Nelle ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci si applicano le norme penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 GDPR (General Data Protection Regulation) e del D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101, i dati personali sono trattati esclusivamente per le finalità relative al presente bando presso il Servizio Sociale del Comune di Segariu, con l'utilizzo di procedure anche informatiche e telematiche, nei modi e nei limiti necessari all'espletamento delle attività di erogazione dei servizi richiesti, nell'esecuzione dei compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei pubblici poteri propri dell'Ente, anche in caso di eventuali comunicazione a terzi.

Il conferimento di tali dati è necessario per valutare i requisiti di partecipazione al presente bando e la loro mancata indicazione può precludere tale valutazione.

Agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui al Regolamento UE 2016/679 GDPR (General Data Protection Regulation) e al D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101 e, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché opporsi al loro trattamento per motivi legittimi.

Il titolare del trattamento è il Comune di Segariu, con sede in via Municipio n. 9 – 09040 Segariu – tel. 070/9305011 – fax 070/9302306.