



# 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 SERVIZIO 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' 2018 -**

**⇒ DA PRESENTARE ALL'UFFICIO PROTOCOLLO ENTRO IL 02.03.2018**

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,*

## DICHIARA

*(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 31.12.2017;
- 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 2018, LA "SCHEDE SALUTE" GIÀ 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

☐ DICHIARA DI ESSERE INFORMATO/A CHE, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DEL D. LGS. N. 196/2003, I DATI PERSONALI RACCOLTI SARANNO TRATTATI, ANCHE CON STRUMENTI INFORMATICI, NELL'AMBITO DEL PROCEDIMENTO PER IL QUALE LA PRESENTE DICHIARAZIONE VIENE RESA.

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 2018;
- ☐ 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 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'affidamento 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.

*Dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del decreto legislativo n. 196/2003 (codice in materia dei dati personali), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

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.