



# 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 (art. 3 comma 3 Legge n. 104/92)  
- ANNUALITA' 2020 (MAG – DIC) - (D.G.R. N. 51/25 DEL 18.12.2019)**

**⇒ DA PRESENTARE ALL'UFFICIO PROTOCOLLO ENTRO IL 06.03.2020**

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_

nat\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a Segariu in via/vico/p.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel./ cell. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

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. \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_  
mail \_\_\_\_\_

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 31.12.2019;
- che l'handicap grave del destinatario del piano personalizzato è congenito o insorto prima del compimento dei 35 anni di età;
- che all'interno della famiglia anagrafica sono presenti familiari in gravi e documentate condizioni di salute in possesso di certificazione d'invalidità 100% o indennità di accompagnamento;
- che all'interno della famiglia anagrafica sono presenti familiari in gravi e documentate condizioni di salute in possesso di certificazione Legge n. 104/92 (art. 3 comma 3);

**DICHIARA**

che all'interno della famiglia anagrafica sono presenti i seguenti familiari conviventi che nell'anno 2019 hanno usufruito dei permessi dal lavoro ai sensi della Legge n. 104/92:

Cognome e nome \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel./ cell. \_\_\_\_\_

datore di lavoro \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ settimane annuali - n. \_\_\_\_\_ ore settimanali e n. \_\_\_\_\_ ore complessive annuali.

che nessun familiare convivente del beneficiario ha fruito nell'anno 2019 dei permessi lavorativi retribuiti ai sensi della Legge n. 104/92.

**DICHIARA**

*(in caso di rinnovo)*

- CHE NON SONO SOPRAGGIUNTE MODIFICHE NELLE CONDIZIONI DI SALUTE DEL DESTINATARIO E PERTANTO CONFERMA, PER L'ANNUALITÀ 2020, LA "SCHEDE SALUTE" GIÀ PRESENTE AGLI ATTI.

**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 e tessera sanitaria 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 2020;
- scheda salute (Allegato B – RAS) (*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 - RAS);
- (*eventuale*) certificazione medica (verbale I.C. 100% o L. n. 104/92 art. 3, c. 3) di familiari conviventi affetti da gravi patologie);
- (*solo per i minori e in caso di genitori separati o divorziati*) in presenza di affido 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;
- altro \_\_\_\_\_

DICHIARA di aver preso visione dell'allegata informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati n. 679/ 2016 (GDPR), relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

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.*