



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 – ANNUALITA' 2023 – GESTIONE ANNO 2024
RICHIESTA PREDISPOSIZIONE PIANO PERSONALIZZATO DI
SOSTEGNO A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE
(art. 3 comma 3 Legge n. 104/92)
Scadenza il 31 marzo 2024

Il/La sottoscritt _____ nat _____ a
_____ (_____) il _____ residente a Segariu in
via/vico/p.zza _____ n. _____
tel./ cell. Obbligatorio _____
mail (obbligatoria) _____
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*) _____

C H I E D E

che venga predisposto il piano personalizzato di sostegno ai sensi della Legge n. 162/ 1998 da attuare nell'anno 2023;

- ☐ DI NUOVA ATTIVAZIONE
- ☐ DI PROROGA (piano già in essere al 31.12.2023)
- ☐ sé medesimo;
- ☐ in favore di Cognome _____ Nome _____
- ☐ nat ____/a ____ a _____ (____) il ____/____/____ residente in Segariu (SU)
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,

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 _____
- ☐ 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);

D I C H I A R A

- ☐ 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 2024 riferito ai degli anni precedenti
- ☐ 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 sulle risorse percepite nell'anno 2023
- ☐ dichiarazione sostitutiva con la quale si dichiara di mantenere la scheda salute già in possesso al servizio sociale, ed utilizzata negli anni precedenti.
- ☐ (*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 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;
- ☐ altro _____

i documenti già in possesso dell'Ente non dovranno essere presentati.

IL/LA DICHIARANTE
