



**Comune di Porto Torres**

Area affari generali, personale, contratti, sport, cultura, turismo, politiche sociali

Al Dirigente dei Servizi Sociali

COMUNE DI PORTO TORRES

OGGETTO: L. 162/98 - RICHIESTA piano personalizzato di sostegno a favore di persona con handicap grave. Programma 2018 – ANNO 2019 . Scadenza 01/03/2019

**Tipologia Progetto:**  Nuovo Progetto  Rinnovo

**Beneficiario:**  Minore  Adulto  Anziano

R  
I  
C  
H  
I  
E  
S  
T  
E

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

in qualità di

- Destinatario Del Piano
- Titolare Della Potestà Genitoriale/ Incaricato Della Tutela
- Amministratore Di Sostegno

**CHIEDE**

**che venga predisposto il Piano Personalizzato di sostegno ai sensi della L 162/98**

a favore di **Se medesimo**

B  
E  
N  
E  
F  
I  
C  
I  
A  
R  
I  
O

*Oppure*

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

luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

residente a Porto Torres (SS) in Via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

A tal fine il/la sottoscritto/a consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici in caso di dichiarazioni mendaci,

### DICHIARA

1. che il beneficiario è residente a Porto Torres
2. che la famiglia anagrafica del beneficiario risulta così composta:

Nome e Cognome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

- che all'interno del nucleo anagrafico del destinatario del piano sono presenti familiari in gravi e documentate condizioni di salute, come da certificati medici allegati.
- che all'interno del nucleo anagrafico del destinatario del piano:
- sono presenti       non sono presenti      (barrare la voce interessata)
- familiari che usufruiscono dei permessi dal lavoro ai sensi della L. 104/92.

SOTTOSCRITTO DICHIARA che in favore del destinatario del piano:

- È Stato nominato un tutore o amministratore di sostegno;
- Non è stato nominato un tutore o amministratore di sostegno;
- È in corso la procedura di nomina del tutore/amministratore di sostegno;

### **DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA**

- Copia del documento di riconoscimento del destinatario del piano, o del genitore/tutore se il beneficiario è minorenne o dell'Amministratore di sostegno designato dal Tribunale;
- ISEE socio sanitario 2019;

- Certificazione di Handicap Grave ai sensi della L 104/92, art. 3 comma 3;
- Scheda Sanitaria (facoltativa per i rinnovi) compilata a cura del Medico di Medicina Generale o specialista dell'Ente Pubblico;
- Copia documento bancario con **IBAN dedicato** del destinatario del piano;
- Eventuale Delega all'incasso IN CASO il conto dedicato non sia intestato al beneficiario
- Eventuale copia del provvedimento del tribunale di nomina di tutore o amministratore di sostegno;
- Autocertificazione altri redditi<sup>1</sup>.

Porto Torres li \_\_\_\_\_

*Firma* \_\_\_\_\_

**Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 regolamento ue 2016/679 sulla protezione dei dati (gdpr) – vedi Allegato**

### **AVVERTENZE**

Il Comune di Porto Torres si riserva di effettuare verifiche sulle dichiarazioni rese nella presente domanda e di segnalare eventuali difformità alle autorità competenti.