

prot. n°

All'Ufficio di Servizio Sociale

del Comune di

SOLARUSSA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ ()

il __/__/____/ residente a Solarussa in Via _____ n. ____

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

numero di telefono

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

e-mail _____@_____.____

domicilio (se diverso dalla residenza): Via _____ n° _____

CITTA' _____ CAP _____

In qualità di:

rappresentante legale del richiedente (genitore, tutore, procuratore etc.) _____

familiare responsabile (specificare rapporto di parentela) _____

del/della sig./ra _____ nato/a a _____ ()

il __/__/____/ residente a Solarussa in Via _____ n. ____

c.a.p. _____ domicilio (se diverso dalla residenza): Via _____ n. ____

CITTA' _____ CAP _____

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero di telefono

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

La predisposizione del Piano personalizzato di sostegno a favore di persone con handicap grave , ai sensi della Legge n°162/98 – ANNO 2018

in favore del/la Sig./ra _____

riconosciuto/a dalla Commissione Medica in situazione di **grave handicap di cui all'art. 3, comma 3 della legge n.104/92, posseduta in data entro e non oltre il 31 dicembre 2017.**

Minore

Adulto

Anziano

A tal fine il/la sottoscritto/a consapevole che, ai sensi dell'art. 46 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. Di essere residente a Solarussa (OR)
2. Che la propria famiglia anagrafica risulta così composta:

cognome e nome	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 che interessa) familiari che usufruiscono dei permessi di lavoro ai sensi della L. 104/92;

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

In riferimento al D.Lgs. n. 196/2003 sulla tutela della privacy, i dati contenuti nella presente domanda e quelli allegati sono acquisiti e utilizzati per fini istituzionali del Comune di Solarussa e saranno trattati anche con strumenti informatici.

I dati potranno essere comunicati ad altri enti pubblici o soggetti privati, sempre nell'ambito delle funzioni istituzionali e nell'interesse della persona beneficiaria.

documentazione da allegare alla domanda

1. Copia **Certificazione sanitaria** attestante il riconoscimento di PORTATORE DI HANDICAP GRAVE, ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92, al **31 dicembre 2017**
2. **ISEE socio-sanitario** di cui alla legge n. 89 del 26 maggio 2016 art. 2 sexies e del Decreto Interministeriale n. 146 del 01/06/2016.
3. Copia del **documento di identità** in corso di validità e del codice fiscale del dichiarante e del destinatario del piano;
4. **Dichiarazione attestante la fruizione di permessi** ai sensi della L. 104/92 da parte di familiari conviventi con il destinatario del piano;
5. **Scheda salute All. B;**
6. **Certificazione medica** attestante la condizione di gravità di salute di familiari appartenenti al nucleo del destinatario del piano;

NOTE

1. Nel caso in cui il richiedente sia il tutore, curatore o amministratore di sostegno del destinatario del piano, produrre copia del decreto di nomina.
2. **La scheda salute All. B** dovrà essere compilata a cura del Medico di Medicina Generale o altro Medico di struttura pubblica o convenzionata;
3. il riconoscimento deve essere stato effettuato entro il 31 dicembre 2017, anche se il certificato è rilasciato successivamente a tale data.

Solarussa li ___/___/2018

Firma
