

COMUNE DI FONNI

Provincia di Nuoro
Via San Pietro,4 - 08023 Fonni (nu)
TEL. n. 0784/591300 - Fax: 0784/591319
E-Mail: info@comune.fonni.nu.it

**AL COMUNE DI FONNI
UFFICIO DEI SERVIZI SOCIALI**

OGGETTO: Richiesta Attivazione Piano Personalizzato L. 162/98 – Anno 2020.

Il/La sottoscritt_____ nato/a a _____ il
____/____/____ e residente in Fonni in via _____ n° _____
C. F. _____ Tel _____

CHIEDE

In qualità di:

- ☐ destinatario
- ☐ tutore
- ☐ titolare della potestà genitoriale
- ☐ amministratore di sostegno
- ☐ familiare responsabile (specificare il rapporto di parentela) _____

del/della sig./ra _____ nato/a a
_____ il ____/____/____ residente a Fonni in via
_____ C. F. _____
tel. _____

- ☐ RINNOVO (esclusivamente per chi ha la situazione sanitaria variata)
- ☐ NUOVO PIANO

DICHIARA

- ☐ di essere residente a Fonni
- ☐ di essere in possesso della Certificazione di cui alla Legge 104/92, art. 3, comma 3, alla data del 31/12/2019, attestante la condizione di handicap grave
oppure
- ☐ di aver effettuato la visita entro il 31/12/2019 che attesti il riconoscimento dello stato di handicap grave di cui all'art. 3, comma 3, della L. n. 104/92;

- ☐ 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.

A tal fine allega la seguente documentazione:

- ☐ **Copia della CERTIFICAZIONE DEFINITIVA** di riconoscimento della disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della **Legge 104/92**, posseduta alla data del 31/12/2019.
- ☐ **Copia della dichiarazione** attestante il riconoscimento dello stato di handicap grave di cui all'art. 3, comma 3, della L. n. 104/92 rilasciata dalla competente Commissione che ha visitato, entro il 31/12/2019, la persona con disabilità,
- ☐ **DICHIARAZIONE ISEE** per **"Prestazioni Socio Sanitarie"** di cui all'art. 6 del D.P.C.M. n° 159/2013 - **Anno 2020** privo di omissioni e difformità a pena di esclusione;
- ☐ **DOCUMENTO DI IDENTITA' PERSONALE** del richiedente in corso di validità;
- ☐ **ALLEGATO B "SCHEDA SALUTE"** (debitamente compilata e firmata dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta e/o altro medico della struttura pubblica che ha in carico il paziente);
- ☐ **ALLEGATO D – Autocertificazione** relativa agli emolumenti esenti Irpef per l'anno 2019;
- ☐ **Eventuale certificazione sanitaria** o altra certificazione idonea, attestante che la **disabilità è congenita o sopraggiunta entro il 35° anno di età**;
- ☐ **Eventuale copia del Provvedimento del Tribunale** di nomina di tutore o curatore o Amministratore di sostegno;
- ☐ Eventuale fotocopia del certificato di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento **nel caso di presenza nel nucleo familiare di altra persona affetta da gravi patologie**
- ☐ **Autocertificazione permessi L. 104** (se fruiti)

Il richiedente dichiara ai sensi del Regolamento UE 2016/679 di essere informato che tutti i dati verranno trattati esclusivamente per il procedimento per il quale sono stati richiesti e saranno trattati anche attraverso strumenti informatici.

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

Fonni

IL RICHIEDENTE

AVVERTENZE

L'Amministrazione si riserva la facoltà di fare e seguire le opportune indagini sulla veridicità delle dichiarazioni rese.

Le dichiarazioni non rispondenti al vero, oltre a comportare la decadenza dal beneficio richiesto, verranno perseguite penalmente ai sensi dell'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445.

Qualora dopo la presentazione della domanda di ammissione si verifichino delle modifiche dei dati riportati nella stessa, l'utente è tenuto a darne comunicazione all'ufficio.