**Al Comune di Posada**

**Ufficio Servizi Sociali**

 **Domanda per Piano personalizzato di sostegno a favore**

**di persone con handicap grave, ai sensi della L. 162/98.**

**Scadenza presentazione domanda: 15.03.2019**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_\_\_,

residente a Posada in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

* la predisposizione di un nuovo Piano personalizzato
* il rinnovo del piano personalizzato

 ai sensi della L. 162/98, in favore:

* di sé medesimo;

**oppure in qualità di**:

* incaricato della tutela
* titolare della potestà genitoriale
* amministratore di sostegno
* familiare (indicare il rapporto di parentela)

del Sig. / Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a Posada in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_, Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **DICHIARA**

* Di essere in possesso della certificazione ex Legge 5 maggio 1992, n. 104 (art 3. comma 3) che attesta lo stato di grave disabilità **rilasciata entro il 31.12.2018** o di aver effettuato visita medica per richiedere certificazione di handicap grave entro la stessa data;
* Di essere consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall’art. 76 D.P.R. N. 445/2000, **l’Amministrazione provvederà alla revoca dei benefici eventualmente concessi**, come previsto dall’art. 75 D.P.R. N. 445/2000, nonché di quanto previsto dall’art. 71,comma 3 D.P.R. N. 445/200, in merito al contestuale consenso prestato dal dichiarante, con la presente, al controllo della corrispondenza di quanto dichiarato, con le risultanze dei dati custoditi dalla competente amministrazione Pubblica.
* Di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del presente procedimento ai sensi e per gli effetti del Regolamento dell’Unione Europea per la protezione dei dati personali n. 679/2016;

**A tal fine si allega alla presente:**

* + Copia Certificazione della disabilita di cui all’art. 3, comma 3 della L. n. 104/92;
	+ Certificazione Isee 2019 per prestazioni agevolate di natura socio sanitaria;
	+ Copia fotostatica del documento di identità e del codice fiscale del dichiarante e del destinatario del piano;
	+ Scheda Salute –Allegato B- compilata e firmata dal Medico di Medicina Generale e/o da altro medico di una struttura pubblica che ha in carico il paziente;
	+ Dichiarazione Sostitutiva dell’atto di notorietà- allegato D - in cui si dichiarano gli emolumenti esenti IRPEF percepiti dal destinatario del piano relativi all’anno 2017;
	+ Eventuale copia del provvedimento del Tribunale di nomina di tutore o amministratore di sostegno.

Posada, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N.B.:** La dichiarazione può essere sottoscritta in presenza del dipendente addetto a riceverla ovvero sottoscritta e trasmessa, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all’Ufficio competente.