



COMUNE DI VILLAPUTZU  
Provincia Sud Sardegna

Al Comune di VILLAPUTZU

**RICHIESTA DI AMMISSIONE AL CONTRIBUTO PER LA REALIZZAZIONE DI UN PIANO PERSONALIZZATO AI SENSI DELLA LEGGE N. 162/98 - ANNUALITÀ 2020.**

Scadenza presentazione domanda: **28/02/2020**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_,

in qualità di:

- destinatario;
- genitore del destinatario;
- tutore del destinatario;
- amministratore di sostegno del destinatario;
- familiare di riferimento (*specificare il rapporto di parentela*) \_\_\_\_\_;

**CHIEDE**

che venga predisposto un piano personalizzato di sostegno ai sensi della Legge n. 162/1998:

- in suo favore;
- in favore di \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a Villaputzu in \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_.

*A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole della decadenza dai benefici e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo decreto in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti:*

**DICHIARA**

(per sé o per il destinatario del piano)

- che la condizione di handicap grave ai sensi della Legge n. 104/92, art. 3, comma 3, è stata riconosciuta al destinatario del piano personalizzato entro la data del 31/12/2019;
- che il nucleo familiare del destinatario del piano personalizzato risulta così composto:

NOME E COGNOME	DATA DI NASCITA	ETÀ	GRADO DI PARENTELA
1.			
2.			

3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

- che la certificazione I.S.E.E. 2020 è pari ad € \_\_\_\_\_ ;
- di accettare il sistema SMS (sul numero di cell. \_\_\_\_\_ ) quale modalità per la ricezione delle comunicazioni da parte del Servizio Sociale Comunale, relative al presente procedimento;  
*oppure*
- di non accettare il sistema SMS quale modalità per la ricezione delle comunicazioni da parte del Servizio Sociale Comunale, relative al presente procedimento;
- di essere a conoscenza del fatto che l'Amministrazione Comunale, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, potrà effettuare idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese, anche attraverso la trasmissione dei dati all'Agenzia delle Entrate e al Ministero delle Finanze;
- di essere informato che, ai sensi del D.Lgs. n. 101/2018 di recepimento del Regolamento Europeo UE 2016/679, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il sottoscritto chiede che la liquidazione del contributo spettante avvenga tramite:

- accredito su c/c bancario o postale, intestato al destinatario del piano (allegare Codice IBAN);
- riscossione diretta a favore del destinatario del piano.

*Allegati:*

- Copia fotostatica del documento di identità in corso di validità (del disabile e del firmatario);
- Copia fotostatica del codice fiscale (del disabile e del firmatario);
- Copia del verbale di riconoscimento della disabilità grave di cui alla L. n. 104/92, art. 3, c. 3;
- Copia del verbale di riconoscimento dell'invalidità civile;
- Copia della certificazione I.S.E.E. 2020 (compresa D.S.U.);
- Scheda di salute;
- Altro \_\_\_\_\_ .

Lo scrivente **autorizza** il Comune di Villaputzu al trattamento dei propri dati personali nel rispetto degli obblighi di sicurezza e riservatezza previsti dal D.Lgs. n. 101/2018 di recepimento del Regolamento Europeo UE 2016/679.

Villaputzu, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020

Firma

\_\_\_\_\_