

MODULO DOMANDA
L. 162/98-PIANO PERSONALIZZATO IN FAVORE DI PERSONA CON DISABILITÀ GRAVE
(art. 3, comma 3, Legge 104/92)
PROGRAMMA da attuarsi nell'anno 20____

AL COMUNE DI MUSEI
UFFICIO SERVIZI SOCIALI
PIAZZA IV NOVEMBRE 4
09010 MUSEI (SU)

Il/la sottoscritt_____ nat_ a _____
il _____ residente a _____ in Via _____ n° _____
domiciliat_ a (*se diverso dalla residenza*) _____ in Via _____ n° _____
Cod. Fisc. _____ tel. _____
Mail _____ @ _____

CHIEDE

che venga predisposto un piano personalizzato di sostegno ai sensi della Legge 162/98:

per sé;

o in qualità di:

titolare della responsabilità genitoriale

incaricato della tutela

amministratore di sostegno

familiare di riferimento (indicare il rapporto di parentela) _____

per la **persona di seguito indicata:**

nome _____ cognome _____ nat_ a _____
il _____, residente a _____ in Via _____ n° _____
domiciliat_ a (*se diverso dalla residenza*) _____ in Via _____ n° _____
Cod. Fisc. _____ tel. _____
Mail _____ @ _____

A tal fine ai sensi dell'art. 46 e dell'art. 47 del D.P.R. 28 Dicembre n. 445 consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 dello stesso D.P.R. per i casi di dichiarazioni non veritiere, di informazione o uso di atto falsi

DICHIARA

che il destinatario del piano è in possesso del riconoscimento della condizione di disabilità grave, di cui all'articolo 3 comma 3 della L. n. 104/1992

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA (*contrassegnare voce corrispondente documentazione allegata*)

- certificazione ISEE 2023 in corso di validità socio sanitario non residenziale (anche con nucleo ristretto)
- scheda salute (all. b)
- copia della Certificazione di Handicap Grave L. 104/92, art. 3, comma 3 del destinatario;
- autocertificazione provvidenze esenti IRPEF e contributi (all. D)
- eventuale documentazione attestante la nomina di tutore, curatore o amministratore di sostegno
- copia di un documento d'identità in corso di validità e del codice fiscale del dichiarante e del destinatario del piano.

DICHIARA, di scegliere la seguente modalità di pagamento:

ACCREDITO su c/c bancario o postale intestato a _____

con Codice IBAN: _____

QUIETANZA DIRETTA (solo per importi inferiori a 1.000 €)

a favore di _____

Nat. a _____ il _____ residente a _____ in
via/vico/viale/piazza _____ n° _____ Codice
Fiscale _____.

Dichiara inoltre di avere preso visione della informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del regolamento UE 2016/679 "GDPR")

Data _____

Firma
