COMUNE DI TISSI

MODULO DI RINNOVO DOMANDA

L 162/98 - PIANI PERSONALIZZATI DI SOSTEGNO A FAVORE DI PERSONE CON GRAVE DISABILITA'

DATA SCADENZA: 31/03/2023

Il/la sottoscritt_ _____ nat_ a _____ il _____

residente a _____ in Via _____ n° _____

domiciliat_ a (se diverso dalla residenza) _____ in Via _____ n°____

Cod. Fisc. _____ mail _____

telefono_____ cellulare _____

in qualità di: □ destinatario/a dell'intervento;

□ familiare di riferimento (indicare il rapporto di parentela) _____

□ incaricato della tutela; □ titolare della potestà genitoriale; □ amministratore di sostegno della persona destinataria dell'intervento:

Cognome _____Nome_____ nat_ a _____ il _____

residente a _____ in Via _____ n° _____

domiciliat_ a _____ in Via _____ n°____

Cod. Fisc. _____ tel. _____

mail _____ posta elettronica certificata (pec) _____

CHIEDE

LA PREDISPOSIZIONE DEL PIANO PERSONALIZZATO AI SENSI DELLA LEGGE N. 162/98
a favore alla persona, riconosciuta dalla commissione medica in situazione di grave handicap di cui all'art. 3, comma 3 della Legge n. 104/92, posseduta/valutata entro e non oltre il 31 marzo 2023.

A tal fine il/la sottoscritto/a consapevole che, ai sensi dell'art. 76 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

- Di essere residente nel comune di Tissi;
- Che all'interno del nucleo anagrafico del/della destinatario/a del piano (barrare la voce interessata):

  □ **sono** presenti
  □ **non sono** presenti familiari che usufruiscono dei permessi dal lavoro ai sensi della L. 104/92.

- Che la propria famiglia anagrafica risulta così composta:

Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Relazione 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 nei confronti del beneficiario/a del piano (barrare la voce interessata):
  - □ **E'** stato nominato un tutore o amministratore di sostegno (allegare Decreto);
  - □ **Non è** stato nominato un tutore o amministratore di sostegno;
  - □ **E'** in corso la procedura di nomina del tutore/amministratore di sostegno;

- Che è in possesso del seguente Codice Iban (deve essere intestato alla persona beneficiaria del Piano o cointestato con quest'ultima):

AVVERTENZE

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

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

1) **ISEE Socio sanitario 2023 "ORDINARIO" o "RISTRETTO".**
2) **Copia certificazione della situazione di handicap grave di cui all'art. 3, comma 3 della Legge N. 104/92;**
3) **Certificazione medica attestante la condizione di gravità di salute di familiari appartenenti al nucleo del destinatario del piano;**
4) **Copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del dichiarante e della persona destinataria del piano;**
5) **Dichiarazione attestante la fruizione di permessi L. 104/92 da parte di familiari conviventi con il destinatario del piano;**
6) **Allegato B: Scheda Salute (da consegnare al Medico di Base o Pediatra o Centro medico specializzato pubblico, per la compilazione) facoltativa;**
7) **Informativa sul trattamento dei dati personali.**

Dichiaro di essere informato, ai sensi GDPR 2016/679 e s.m.i. che i dati personali contenuti nella presente domanda e quelli allegati sono acquisiti e utilizzati per fini istituzionali del Comune di Tissi e saranno trattati anche attraverso strumenti informatici. I dati potranno essere trattati e comunicati ad altri enti pubblici o a soggetti privati, sempre nell'ambito delle funzioni istituzionali e nell'interesse della persona beneficiaria.

TISSI , _____ FIRMA _____