

Lasciare libero per l'Ufficio
Protocollo.

Identificativo scheda _____
(a cura del serv.competente)

Spett.le Uff. Servizi Sociali
Comune di Oliena

**OGGETTO: DOMANDA PER LA CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO PER LA
REALIZZAZIONE DEI PIANI PERSONALIZZATI IN FAVORE DI PERSONE CON
HANDICAP GRAVE LEGGE 21 MAGGIO 1998, N. 162 - PROGRAMMA 2015. (scadenza
31.08.2016)**

l sottoscritt_ nat_ a il

residente a in Via n.

tel. codice fiscale

nella sua qualità di¹

CHIEDE

- PER SE MEDESIMO
- Per il/la _____ (specificare il grado di parentela)
Cognome _____, Nome _____
nat_ in _____ Il _____ residente in Oliena in
Via _____, N _____
Telefono _____
Codice Fiscale _____

A TAL FINE DICHIARA CHE

- che la certificazione di cui all'art. 3 della L. 104/92, è stata rilasciata in data **ANTECEDENTE** al 31.12.2015.

¹ **Genitore, esercente patria potestà, tutore (specificare il grado di parentela).**

- consapevole che in caso di 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. 445/2000, in merito al contestuale consenso prestato dal dichiarante, con la presente, al controllo corrispondenza di quanto dichiarato, con le risultanze dei dati custoditi dalla competente amministrazione pubblica;
- il dichiarante è informato che il trattamento dei dati personali forniti avviene nel rispetto di quanto sancito dall'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Oliena, li _____

Il dichiarante

Documentazione da allegare al modulo:

- **Copia ISEE** per prestazioni socio sanitarie - sulla base della nuova normativa (art. 6 del DPCM n. 159 del 2013, L.89 del 26.05.2016, art.2 sexies e s.m.i.);
- **Copia del verbale** attestante la condizione di handicap grave di cui alla legge 104/1992 articolo 3 comma 3, certificata entro il 31.12.2015;
- **Scheda Salute (allegato B)** da redigere a cura del medico di medicina generale e/o pediatra di libera scelta e/o dal medico specialista di struttura pubblica che ha in carico il paziente;
- **Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà** (Allegato D), con indicazione dei redditi esenti IRPEF relativi all'anno 2015;
- **Eventuale copia del provvedimento del Tribunale** di nomina di tutore o amministratore di sostegno;
- **Copia fotostatica del documento di identità** del destinatario del piano e del richiedente.