## 

COMUNE DI PATTADA

PROVINCIA DI SASSARI

SETTORE SERVIZI SOCIALI

## ALL’ UFFICIO SERVIZI SOCIALI

# DEL COMUNE DI PATTADA

OGGETTO: L. 162/98 - Richiesta per la predisposizione del piano personalizzato di sostegno a favore di persona con handicap grave. Annualità 2025.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di

🞏 **destinatario del piano** 🞏 **genitore**  🞏 **figlio/figlia** 🞏 **tutore**

oppure in qualità di:

🞏 incaricato della tutela 🞏 titolare della patria potestà 🞏 amministratore di sostegno 🞏 altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

della persona destinataria del piano

**CHIEDE**

che venga predisposto il piano personalizzato **DI PRIMA ATTIVAZIONE** per sostegno in favore di persone con handicap grave, ai sensi della L. n. 162/98 – annualità 2025

🞏 in suo favore

🞏 in favore del/la Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov. \_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a Pattada in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n° \_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Riconosciuto disabile grave ai sensi **dell’art.3, comma 3, della L.104/92**

**A tal fine allega alla presente:**

* **Certificazione di disabilità grave** rilasciata dalla Commissione per l’accertamento delle invalidità civili operante in seno all’ASL , ai sensi della L.104/92, art.3, comma 3.
* Copia **attestazione ISEE** **2025** di cui al DPCM DEL 05 dicembre 2013 n.159;
* **Scheda Salute** debitamente compilata e sottoscritta a cura del medico di Medicina Generale o altro specialista (**Allegato B**).
* **Scheda sociale** (la cui compilazione compete all’Operatore Sociale in collaborazione con il destinatario del piano o l’incaricato della tutela o titolare della patria potestà o amministratore di sostegno) – (**Allegato C**);
* **Dichiarazione sostitutiva** dell’atto di notorietà attestante la veridicità delle informazioni riportate nella Scheda Sociale;
* **Allegato D** relativo all’autocertificazione delle capacità economiche dell’utente ;
* Fotocopia Codice fiscale e tessera sanitaria;
* Fotocopia documento d’identità in corso di validità del destinatario del piano e del richiedente;
* Eventuale altra certificazione sanitaria.

**Ai fini del riconoscimento del punteggio spettante si allegano i seguenti documenti**: (barrare le voci che interessano):

* Nel caso di presenza all’interno del nucleo familiare del disabile di familiari affetti da gravi patologie, recente ed esaustiva certificazione medica attestante che il familiare è affetto da grave patologia;
* Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà dalla quale risulti l’eventuale fruizione, da parte di una o più familiari del disabile, di permessi lavorativi retribuiti ai sensi della Legge 104/92, con la specificazione del soggetto erogatore (datore di lavoro), delle ore settimanali e annuali e del numero

delle settimane fruite.

**DICHIARA**

Inoltre che il codice IBAN - del conto corrente intestato o cointestato al BENEFICIARIO:

**🞏 bancario**

**🞏 postale**

è il seguente:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Paese** | | **Chek** | | **Cin** | **ABI** | | | | | **CAB** | | | | | **N. CONTO** | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Pattada lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lo scrivente dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all’art.13 del D.lgs. n° 196 del 30/06/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa per cui presta il suo consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Pattada lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N.B**. le domande dovranno essere presentate entro il giorno **29/02/2025** presso l’Ufficio Servizi sociali o presso l’ufficio Protocollo del Comune di Pattada.