

Legge n. 162/98
Piani personalizzati di sostegno a favore di persone con handicap grave
Deliberazione G.R. n. 50/44 del 28/12/2021

SCADENZA 08/04/2022

Comune di Girasole
Servizio Sociale
Via Nazionale, 21
08040 Girasole

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il ___/___/___/ residente in Girasole, Via/P.zza _____ n.

c.a.p. _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero di telefono (cellulare)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-MAIL _____@_____._____

Domicilio (**se diverso dalla residenza**): Via _____ n°

Città _____ CAP _____

In qualità di:

- destinatario tutore titolare della potestà genitoriale amministratore di sostegno
 familiare responsabile (specificare il rapporto di parentela)

del/della sig./ra _____ nato/a

il _____ residente a Girasole in Via
/P.zza _____ n. _____

c.a.p. _____ Domicilio (**se diverso dalla residenza**): Via _____ n°

Città _____ CAP _____ Codice Fiscale

Numero di telefono (cellulare) _____

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,

**CHIEDE LA PREDISPOSIZIONE DEL PIANO PERSONALIZZATO AI SENSI DELLA
LEGGE N. 162/98**

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA PER LE NUOVE RICHIESTE

1. copia certificazione della situazione di handicap grave di cui all'art. 3, comma 3 della Legge N. 104/92 posseduta in data entro e non oltre il 31 marzo 2022;
2. ISEE socio sanitario 2021 di cui all'art 1, comma 1, lett. f, del DPCM N. 159/2013;
3. copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del dichiarante e del destinatario del piano;
4. dichiarazione attestante la fruizione di permessi L. 104/92 da parte di familiari conviventi con il destinatario del piano;
5. Scheda Salute (Allegato B) compilata dal Medico di Medicina Generale/Pediatra o altro Medico della struttura pubblica o convenzionata;
6. Certificazione medica attestante la condizione di gravità di salute di familiari appartenenti al nucleo familiare del destinatario del piano;
7. Dichiarazione sostitutiva di notorietà attestante gli emolumenti percepiti nell'anno 2021 (Allegato D);
8. Eventuale copia del decreto di nomina tutore, curatore o amministratore di sostegno del destinatario del piano.

Girasole, li' _____

Firma

