

**AL COMUNE DI BARRALI
UFFICIO SERVIZIO SOCIALE
VIA CAGLIARI, 9
BARRALI**

**RICHIESTA PER LA PREDISPOSIZIONE DEL PIANO PERSONALIZZATO DI SOSTEGNO AI
SENSI DELLA LEGGE 162/98- PROGRAMMA _____**

__l__ sottoscritt__ _____

nat__ a _____ il _____,

residente a Barrali in via _____ n° _____

Tel. _____ codice fiscale _____

In qualità di :

- destinatario del Piano

oppure

- incaricato della tutela
- titolare della potestà genitoriale
- amministratore di sostegno
- familiare responsabile (indicare il rapporto di parentela): _____

CHIEDE

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

- In suo favore
- In favore del sig./sig.ra/ minore

_____ nato a _____ Il _____ residente a Barrali in via

_____ tel. _____ codice fiscale

A tal fine dichiara, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 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 consapevoli di quanto disposto dall'art. 77 del medesimo D.P.R. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici,

- Che la famiglia anagrafica del beneficiario risulta così composta:

Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

- Che la patologia del destinatario comporta una invalidità del 100% come da certificato d'invalidità allegato
- Che all'interno del nucleo familiare del destinatario del piano sono presenti familiari in gravi e documentate condizioni di salute, come da certificati medici allegati;

Si allega

- Copia certificazione **di handicap grave** L. 104/92, art. 3, comma 3 del destinatario
- Copia verbale invalidità civile del destinatario dell'intervento e dei familiari conviventi se in possesso di tale riconoscimento
- Copia Certificazione ISEE attestante i redditi prodotto nell' anno 2010 del nucleo familiare

- Scheda di salute – Allegato B- compilata e firmata dal medico di Medicina generale o di altro medico di struttura pubblica o convenzionata, con allegata attestazione di handicap grave congenito

NOTA BENE:per i rinnovi, secondo quanto stabilito dalla nota RAS prot. 14165 del 30.09.2011 si può considerare valida la scheda di salute compilata l'anno precedente se non sono sopraggiunte cambiamenti nelle condizioni di salute

- Dichiarazione Sostitutiva dell'atto di notorietà in cui si dichiarano gli emolumenti relativi all'anno _____ – Allegato D
- Certificati medici attestanti la condizione di gravità di salute di familiari presenti nel nucleo del destinatario del Piano
- Dichiarazione attestante la fruizione dei permessi L. 104/92 da parte di familiari conviventi con il destinatario del piano
- Copia di un documento d'identità valido e del codice fiscale del dichiarante e del destinatario del Piano

Lo scrivente autorizza l'Ente all'utilizzo dei propri dati ai sensi del D. Lgs. 196/2003, all'utilizzo dei dati contenuti nella domanda.

Barrali _____

Il Dichiarante
