

Spazio riservato ufficio protocollo

**Scadenza 02/03/2018**

Al Responsabile del Servizio Sociale  
del Comune di Maracalagonis

**RICHIESTA PER LA PREDISPOSIZIONE DI UN PIANO PERSONALIZZATO DI  
SOSTEGNO AI SENSI DELLA L. 162/'98 - ANNO 2018**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov.  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_  
**Codice fiscale** \_\_\_\_\_

**in qualità di:**

- destinatario/a del piano**
- familiare di riferimento (indicare rapporto di parentela)** \_\_\_\_\_
- tutore**
- amministratore di sostegno**
- altro** \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

che venga predisposto un piano personalizzato di sostegno ai sensi della L. n. 162/98, da realizzarsi nell'anno 2018:

- prima annualità**
- richiesta rinnovo**
- in suo favore
- in favore del/la Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a Maracalagonis,  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_

***il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso o esibizioni di atti falsi contenenti dati non rispondenti a verità comportano sanzioni penali ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, nonché l'esclusione dal finanziamento del progetto e l'eventuale restituzione delle somme indebitamente percepite, come previsto dall'art. 75 del medesimo D.P.R.***

Ai fini della predisposizione del piano personalizzato, allega alla presente:

- copia documento d'identità in corso di validità del destinatario del piano e del richiedente;**
- tessera sanitaria del destinatario del piano;**
- copia certificazione** comprovante il **riconoscimento di handicap grave, ai sensi della L.104/92, art.3, comma 3;**
- attestazione ISEE 2018** per prestazioni sociosanitarie non residenziali corredato della dichiarazione sostitutiva unica (DSU) **rilasciata dopo il 15/01/2018;**
- (Allegato 2) Scheda salute** (Allegato B RAS ) debitamente compilata e sottoscritta a cura del medico di Medicina Generale, da un Pediatra di Libera scelta o da altro Medico di struttura pubblica o convenzionato che ha in cura la persona con disabilità;
- (Allegato 3) Dichiarazione dati per Scheda sociale;**
- (Allegato 4) Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante gli emolumenti esenti IRPEF percepiti nell'anno 2017** (Allegato D RAS );
- copia del provvedimento del Tribunale di nomina di tutore o amministratore di sostegno;**

**Codice IBAN del beneficiario del Piano Personalizzato:**

bancario  postale (*n.b. non possono essere indicati libretti postali*)

presso \_\_\_\_\_

Filiale di \_\_\_\_\_

Agenzia n. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Coordinate:

Paese	Cin Eur	Cin	ABI	CAB	Numero conto corrente

**Maracalagonis,** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

Lo/a scrivente dichiara di essere informato/a, 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.

**Maracalagonis,** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_