**Al Comune di Posada**

**Ufficio Servizi Sociali**

**Domanda per Piano personalizzato di sostegno a favore**

**di persone con handicap grave, ai sensi della L. 162/98.**

**Scadenza presentazione domanda per i piani in proroga: 24.03.2025**

**Scadenza presentazione domanda per i nuovi piani: 30.11.2025**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_\_\_,

residente a Posada in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi della L. 162/98

* la predisposizione di un nuovo Piano personalizzato
* il rinnovo del piano personalizzato

in favore:

* di sé medesimo;

oppure in qualità di:

* incaricato della tutela
* titolare della potestà genitoriale
* amministratore di sostegno
* familiare (indicare il rapporto di parentela)

del Sig. / Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a Posada in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_, Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

* Di essere in possesso della certificazione ex Legge 5 maggio 1992, n. 104 (art 3. comma 3) che attesta lo stato di grave disabilità**;**
* Di essere consapevole che in caso di dichiarazioni 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. 445/200, in merito al contestuale consenso prestato dal dichiarante, con la presente, al controllo della corrispondenza di quanto dichiarato, con le risultanze dei dati custoditi dalla competente amministrazione Pubblica.
* Di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del presente procedimento ai sensi e per gli effetti del Regolamento dell’Unione Europea per la protezione dei dati personali n. 679/2016;

**CHIEDE altresì**

**Solo per i piani in rinnovo (barrare una delle seguenti voci):**

l’aggiornamento della scheda sociale;

l’utilizzo della scheda sociale già agli atti.

**A tal fine si allega alla presente:**

* Copia Certificazione della disabilita di cui all’art. 3, comma 3 della L. n. 104/92;
* Certificazione Isee 2025 per prestazioni agevolate di natura socio sanitaria;
* Copia fotostatica del documento di identità e del codice fiscale del dichiarante e del destinatario del piano;
* Scheda Salute –Allegato B- compilata e firmata dal Medico di Medicina Generale e/o da altro medico di una struttura pubblica che ha in carico il paziente; **(per i rinnovi solo in caso di aggravamento)**
* Dichiarazione Sostitutiva dell’atto di notorietà- allegato D - in cui si dichiarano gli emolumenti esenti IRPEF percepiti dal destinatario del piano relativi all’anno 2023;
* Eventuale copia del provvedimento del Tribunale di nomina di tutore o amministratore di sostegno.

Posada, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N.B.:** La dichiarazione può essere sottoscritta in presenza del dipendente addetto a riceverla ovvero sottoscritta e trasmessa, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all’Ufficio competente.