



COMUNE DI POMPU

Provincia di Oristano

Piazza Cavour n° 1 – 09093 POMPU (OR) C.F./P. IVA 00074160953

Telefono 0783/999111 - Fax 0783/990035 –

Pec: comune.pompu@legalmail.it

Legge n. 162/1998 - DOMANDA

Piani personalizzati di sostegno a favore di persone con handicap grave Annualità 2025

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

il ____/____/____/ residente in POMPU, Via/P.zza/C.so _____ n. _____

Codice fiscale _____

E-MAIL _____

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

Città _____ CAP _____

Numero di telefono (cellulare) _____

In qualità di:

☐ destinatario ☐ tutore ☐ titolare della potestà genitoriale ☐ amministratore di sostegno

☐ familiare responsabile (specificare il rapporto di parentela) _____

del/della sig./ra (**BENEFICIARIO**) _____ nato/a _____

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

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

Città _____ CAP _____

Codice fiscale _____

Numero di telefono (cellulare) _____

CHIEDE

1. ☐ il **rinnovo** del Piano personalizzato ai sensi della Legge n. 162/98 e nel contempo presenta:

☐ Scheda salute aggiornata;

☐ Scheda sociale aggiornata;

2. ☐ la **predisposizione di un nuovo Piano** personalizzato ai sensi della Legge n. 162/98;

in favore di:

Cognome _____ Nome _____ nato a _____ il

_____ persona riconosciuta dalla Commissione medica in situazione di grave handicap di cui all'art. 3, comma 3 della Legge n. 104/92, con certificazione entro la data del 31/03/2025;

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,

DICHIARA

- ☐ che all'interno del nucleo anagrafico del destinatario del piano sono presenti familiari in gravi e documentate condizioni di salute, come da certificati medici allegati;
- ☐ che all'interno del nucleo anagrafico del destinatario del piano (barrare la voce interessata):
- ☐ sono presenti familiari che usufruiscono dei **permessi dal lavoro ai sensi della L. 104/92**, per n. ore settimanali/mensili _____
 - ☐ non sono presenti familiari che usufruiscono dei permessi dal lavoro ai sensi della L. 104/92;
- ☐ **L'IBAN** presso il cui conto dovranno essere accreditate le somme è il seguente:
- _____ intestato a _____
- _____ C.F. _____

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

- ☐ (PER I PIANI NUOVI) Copia del **verbale** di riconoscimento dello stato di handicap grave di cui all'art. 3 comma 3 della L. 104/1992 o **copia della certificazione provvisoria** (il verbale definitivo dovrà essere presentato al momento dell'avvio del progetto);
- ☐ Attestazione **ISEE 2025** per prestazioni agevolate di natura sociosanitarie;
- ☐ **Scheda Salute (Allegato B)** (facoltativa per i piani in rinnovo) firmata e timbrata dal medico di famiglia o dal pediatra di libera scelta e/o altro medico di struttura pubblica o medico convenzionato che ha in carico il titolare della Legge 104/92;
- ☐ **Scheda di valutazione sociale (Allegato C)** (facoltativa per i piani in rinnovo);
- ☐ **Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (Allegato D)** debitamente compilato e firmato qualora le dichiarazioni non vengano rese dal beneficiario del finanziamento;
- ☐ Copia del **documento di identità** in corso di validità e del **codice fiscale** del dichiarante e del destinatario del piano;
- ☐ (PER I PIANI NUOVI) Eventuale certificazione sanitaria attestante che la disabilità è congenita o sopraggiunta entro il 35° anno di età;
- ☐ Eventuale certificazione sanitaria attestante la condizione di gravità di salute di familiari appartenenti al nucleo;
- ☐ (PER I PIANI NUOVI) eventuale decreto di nomina di tutore, curatore o amministratore di sostegno del destinatario del piano

AVVERTENZE

Il Comune di POMPU si riserva di effettuare verifiche sulle dichiarazioni rese nella presente domanda e di segnalare eventuali difformità alle autorità competenti.

_____, _____ Firma del richiedente _____

Il/la sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 artt. 6, 7, 8, 9, dichiara di essere informato/a, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento finalizzato all'intervento richiesto, per cui presta il suo consenso con la firma in calce per il trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa allegata.

_____, _____ Firma del richiedente _____

☐ **Acconsento** ☐ **Non acconsento** al trattamento dei miei dati personali per l'invio tramite sms e/o e-mail di comunicazioni informative e/o scadenze, da parte del Segretariato Sociale in relazione ai suoi servizi.

_____, _____ Firma del richiedente _____