



Amministrazione destinataria

Comune di Berchidda

Ufficio destinatario

Servizi Sociali

Domanda o rinnovo del piano personalizzato di sostegno per persone con grave disabilità

Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata						

in qualità di

Ruolo

- destinatario del piano
- titolare della potestà genitoriale
- amministratore di sostegno
pertanto allega la copia del decreto di nomina in corso di validità
- incaricato della tutela
- familiare o persona delegata

*(in possesso di delega formale da parte del destinatario)***pertanto allega copia dell'atto di delega e documenti di identità del destinatario del piano**

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

- la predisposizione di un piano personalizzato di sostegno ai sensi della Legge 21/05/1998, n. 162
- il rinnovo del piano personalizzato di sostegno ai sensi della Legge 21/05/1998, n. 162

Soggetto interessato

- per sè stesso
- per il seguente familiare o tutelato

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, familiare, tutore legale, ecc.)									
<input type="text"/>									

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- che il destinatario del piano è in possesso della certificazione di handicap grave ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della Legge 05/02/1992, n. 104, pertanto allega la copia della certificazione comprovante il riconoscimento di handicap grave
- che all'interno del nucleo anagrafico del destinatario sono presenti familiari che usufruiscono dei permessi dal lavoro ai sensi della Legge 05/02/1992, n. 104
- che all'interno della famiglia anagrafica sono presenti familiari in gravi e documentate condizioni di salute, pertanto allega la certificazione medica specialistica aggiornata
- che la famiglia anagrafica del destinatario risulta così composta

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Rapporto di parentela
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- che l'indicatore della situazione economica, ISEE, è pari a

Valore ISEE	Data di rilascio	Data di fine validità
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
€		

- di essere genitore del minorenne con stato civile

Stato civile
<input type="text"/>

- che ai fini dell'applicazione dell'articolo 317 del Codice civile, l'altro genitore non può presentare istanza in quanto
 - assente per lontananza
 - assente per impedimento
- che ai fini dell'applicazione dell'articolo 337-ter del Codice civile, limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione il giudice ha stabilito l'esercizio della responsabilità genitoriale separatamente

DICHIARA INOLTRE

la presenza di servizi fruiti da famigliari conviventi con il destinatario del piano

Servizio fruito	Soggetto erogatore	Numero ore settimanali	Numero settimane
<input type="checkbox"/> inserimento socio lavorativo, servizio civile			
<input type="checkbox"/> asilo nido			
<input type="checkbox"/> fisioterapia			
<input type="checkbox"/> assistenza domiciliare erogata da enti pubblici o da associazioni			
<input type="checkbox"/> assistenza dimiciliare integrata			
<input type="checkbox"/> frequenza centri diurni (ANFFAS, Alzheimer, ecc.)			
<input type="checkbox"/> ricovero, soggiorno o accoglienza in struttura pubblica o privata			
<input type="checkbox"/> frequenza centri di aggregazione sociale comunali			
<input type="checkbox"/> trasporto			
<input type="checkbox"/> altri servizi fruiti (sport, terapia, ecc.)			

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- copia dell'atto di delega e del documento di identità del destinatario del piano
- copia della certificazione comprovante il riconoscimento di handicap grave
- copia del decreto di nomina dell'amministratore di sostegno in corso di validità
- copia della certificazione medica specialistica aggiornata attestante lo stato di invalidità di almeno un componente del nucleo familiare
- copia della scheda salute firmata e timbrata dal medico che ha in cura la persona con disabilità
- documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Berchidda

Luogo

Data

il dichiarante