



# COMUNE DI SETTIMO SAN PIETRO

Città Metropolitana di Cagliari

**Al Responsabile dell'Area Socio-Culturale  
del Comune di Settimo San Pietro**

**Oggetto:** domanda per l'ammissione ai Piani Personalizzati di sostegno di cui alla Legge 162/98 – ANNO 2021 – Periodo Maggio Dicembre.

---

**DA CONSEGNARE ALL'UFFICIO PROTOCOLLO ENTRO IL 31/03/2021**

---

Il/la Sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in via/loc/p.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

## **CHIEDE**

CHE VENGA PREDISPOSTO UN PIANO PERSONALIZZATO DI SOSTEGNO AI SENSI DELLA LEGGE 162/98 (barrare con una crocetta il campo interessato):

in suo favore;

in favore del sig. / sig.ra / minore \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a Settimo San Pietro, in via/p.zza/loc.

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_;

Nel caso in cui non sia beneficiario diretto DICHIARA di essere:

- esercente la responsabilità genitoriale (in caso di persona minore);
- familiare di persona che non può firmare né dichiarare perché momentaneamente impedito per ragioni di salute;
- esercente la tutela o curatela;
- amministratore di sostegno;

del sig./sig.ra/minore \_\_\_\_\_ per il quale si chiede la prosecuzione del piano personalizzato.

---

a tal fine **DICHIARA**, per sé o per l'avente diritto, ai sensi dell'art.46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci (barrare la casella che interessa)

- d'essere essere in possesso, alla data del 31/03/2021, della certificazione di cui all'art. 3 comma 3 della legge 104/92 - riconoscimento dello stato di handicap grave;
  - che la visita per l'accertamento della disabilità di cui all'art. 3.3 della L. 104/92 è stata effettuata entro il 31/03/2021 e la certificazione definitiva è stata rilasciata successivamente a tale data;
1. che l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE 2021) è pari a €.\_\_\_\_\_, cod. prot. ISEE \_\_\_\_\_ oppure numero di protocollo della DSU \_\_\_\_\_;
2. Che il nucleo familiare del beneficiario è così composto:

N.	Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di Nascita	Relazione Parentela
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

3. Che la disabilità è congenita (allegare certificazione)

4. Che la disabilità è riscontrata entro il 35° anno di età (allegare certificazione)

5. Che nel nucleo sono presenti le seguenti *particolari situazioni di disagio*:

persone con disabilità grave che vivono sole;

compresenza di più persone con disabilità grave nello stesso nucleo familiare che fanno domanda di accesso ai Piani personalizzati della Legge 162/98;

persone con disabilità grave che vivono con soli familiari di età superiore ai 75 anni o con familiari affetti da gravi patologie (allegare certificazione attestante la grave patologia corredata da esaustiva documentazione medica);

famiglie con persona con disabilità grave a carico dove è presente un solo genitore o, in assenza di genitori, un familiare convivente;

presenza nel nucleo familiare di altri figli sotto i tre anni oltre al minore per il quale si fa richiesta del Piano.

6. di essere a conoscenza del fatto che i dati forniti all'Amministrazione comunale verranno trattati nel rispetto del Decreto legislativo 196/2003 modificato dal D.Lgs. 101/2018, e del Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR) e di aver preso visione dell'informativa sulla privacy allegata all'Avviso pubblico.

---

### DA ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE:

→ COPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITÀ DEL DICHIARANTE

→ COPIA DEL DECRETO DI NOMINA TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO DEL BENEFICIARIO

→ COPIA DEL **VERBALE** DI RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI HANDICAP GRAVE (ART.3 COMMA 3 DELLA LEGGE 104/92) IN CORSO DI VALIDITÀ.

→ CERTIFICAZIONE COMPROVANTE I REQUISITI DI CUI AI PUNTI 3 4 e 5

→ ALLEGATO B) SCHEDA SALUTE (da compilarsi a cura del medico di medicina generale o medico di struttura pubblica o medico convenzionato)

→ ALLEGATO D) AUTOCERTIFICAZIONE DEGLI EMOLUMENTI PERCEPITI NELL'ANNO **2020** DAL BENEFICIARIO DEL PIANO INDIVIDUALIZZATO

→ ALLEGATO F) SCELTA DELLE MODALITÀ DI EROGAZIONE RIMBORSO SPESE

---

Settimo San Pietro li \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente**

---