



COMUNE DI SETTIMO SAN PIETRO

Città Metropolitana di Cagliari

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali e dichiaro di aver preso visione dell'informativa sulla privacy di seguito riportata

– INFORMATIVA DI CUI ALL'ART. 13 DEL D.LGS. N. 196/2003, COME MODIFICATO DAL D.LGS. 101/2018 E DEL NUOVO REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679 (GDPR) –

Titolare del trattamento è il comune di Settimo San Pietro. Responsabile del trattamento è il Responsabile dell'Area Socio-Culturale, dott.ssa Donatella Pani. Il Responsabile della protezione dati è l'ing. Attilio Giorgi.

I dati forniti sono utilizzati solo ed esclusivamente per le finalità strettamente connesse all'attività dell'ente locale ed in particolare per lo svolgimento del presente procedimento.

Il conferimento dei dati è obbligatorio; il mancato conferimento dei dati richiesti comporta l'esclusione della ditta partecipante.

La conservazione dei dati avviene tramite archivi cartacei e/o informatici.

I partecipanti al presente Bando possono esercitare i diritti previsti dal D.Lgs. n. 196/2003, come modificato dal D.Lgs. 101/2018, e del Regolamento (UE) n. 679/2016 (GDPR), rivolgendosi al Responsabile dell'Area Socio-culturale, dott.ssa Donatella Pani in qualità di Responsabile del trattamento.

Resta salva la normativa del diritto di accesso agli atti amministrativi di cui alla legge 241 del 7 agosto 1990 e successive modificazioni ed integrazioni.

Settimo San Pietro _____

firma del dichiarante _____

**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 2019 –Periodo Maggio Dicembre.

DA CONSEGNARE ALL'UFFICIO PROTOCOLLO ENTRO IL 28/02/2019

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 31/12/2018, 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 31/12/2018 e la certificazione definitiva è stata rilasciata successivamente a tale data;

1. che l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE 2019) è pari a € _____, cod. prot. ISEE _____ oppure numero di protocollo della DSU _____;

2. Che il proprio nucleo familiare 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.

DA ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE:

- COPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA 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 VALIDITA'.
- 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 **2017** DAL BENEFICIARIO DEL PIANO INDIVIDUALIZZATO
- ALLEGATO F) SCELTA DELLE MODALITA' DI EROGAZIONE RIMBORSO SPESE

Settimo San Pietro li _____

Firma del richiedente
