



COMUNE DI SETTIMO SAN PIETRO

Città Metropolitana di Cagliari

TUTELA DATI PERSONALI

INFORMATIVA DI CUI ALL'ART. 13 DEL D.Lgs N. 196/2003

Titolare del trattamento è il Comune di Settimo San Pietro. Responsabile del trattamento è il Responsabile dell'Area Socio-Culturale, dott.ssa Donatella Pani.

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.

Per poter partecipare allo stesso il conferimento dei dati è obbligatorio; il mancato conferimento dei dati richiesti comporta l'esclusione dalla partecipazione al programma in argomento.

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

I dati possono essere comunicati esclusivamente agli altri uffici comunali e non vengono in alcun modo diffusi.

I partecipanti al presente procedimento possono esercitare i diritti previsti dagli artt. 7 e 8 del D. Lgs n. 196/2003, rivolgendosi al Responsabile dell'Area Socio-Culturale, dott.ssa **DonatellaPani** in qualità di responsabile di trattamento, al n. 070-7691216.

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.

**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 2018 –Periodo Maggio Dicembre.

DA CONSEGNARE ALL'UFFICIO PROTOCOLLO ENTRO IL 28/02/2018

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 _____;

8					
9					
10					

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 31/12/2017, 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 31/12/2017 e la certificazione definitiva è stata rilasciata successivamente a tale data;

1. che l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE 2018) 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					

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 **2016** DAL BENEFICIARIO DEL PIANO INDIVIDUALIZZATO
- ALLEGATO F) SCELTA DELLE MODALITA' DI EROGAZIONE RIMBORSO SPESE

Settimo San Pietro li _____

Firma del richiedente