Comune di Donori *Comune di Dolianova* *Comune di Serdiana* *Comune di Soleminis*

Al Responsabile del Servizio Socio – Assistenziale
Comune di SOLEMINIS

DOMANDA PER L'AMMISSIONE ALLA PROGRAMMAZIONE DEI PIANI PERSONALIZZATI DI SOSTEGNO AI SENSI DELLA LEGGE 162/98 PROGRAMMA 2011 - ANNO 2012.

Il/La sottoscritto/a_____nata/o a_____

il _____ residente a _____

in via _____Tel._____

codice fiscale _____,

CHIEDE

CHE VENGA PREDISPOSTO UN PIANO PERSONALIZZATO DI SOSTEGNO AI SENSI DELLA LEGGE 162/1998

☐ In suo favore

☐ In favore del sig./sig.ra/ minore _____

nato/a a_____il _____residente a _____

in via_____Tel._____

codice fiscale _____;

A tal fine DICHIARA, per se o per l'avente diritto, *(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000)* ***sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci:***

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

- ☐ genitore,
- ☐ esercente la potestà o tutela,
- ☐ familiare,
- ☐ amministratore di sostegno del sig./sig.ra/minore _____ per il quale si richiede il riconoscimento del beneficio.
- ☐ di essere, o che il beneficiario diretto è stato riconosciuto, "portatore di handicap in situazione di gravità" (legge 5 maggio1992, n. 104 art. 3 comma 3);

Allega alla presente:

- ☐ certificazione di riconoscimento della condizione di handicap ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92;
- ☐ Copia certificato reddito ISEE redditi **anno 2010** del nucleo familiare;
- ☐ Scheda Salute -*Allegato B*- compilata e firmata dal Medico di Medicina Generale o medico specialista del Presidio Pubblico che ha in carico il beneficiario o Pediatra di Libera Scelta. In caso di rinnovo dei piani, verrà considerata valida la "Scheda Salute" compilata nell'anno precedente, salvo che il beneficiario non ritenga di presentarne una aggiornata.
- ☐ Dichiarazione Sostitutiva dell'atto di notorietà in cui si dichiarano gli emolumenti relativi all'anno 2010 – *Allegato D*;

Luogo e data _____

Firma del dichiarante

_____

Al fine di garantire l'autenticità della firma della dichiarazione

Si allega copia fotostatica del seguente documento di riconoscimento:

tipo_____ n°_____

rilasciato da _____il_____

data_____ ***Firma del dichiarante***

_____

Tutela dati personali – Informativa di cui all'art 13 del D.lgs. n°196/2003

- Titolare del trattamento è il Comune di SOLEMINIS. Responsabile del trattamento è il responsabile del Servizio, Dr./dr. ssa _____.
- I dati forniti dalla S.V. sono utilizzati solo ed esclusivamente per le finalità strettamente connesse all'attività dell'ente locale, ed in particolare per lo svolgimento del presente procedimento.
- 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 alla presente, possono esercitare i diritti previsti dagli artt.7 e 8 del D.Lgs. n°196/2003, rivolgendosi al responsabile del Servizio Dr./dr. ssa _____, 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.