

OGGETTO: Piani personalizzati di sostegno in favore di persone con grave disabilità L. 162/98. Richiesta predisposizione piano personalizzato.

Il sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ il _____ residente in
Gonnosnò, via/piazza _____ n. _____
domiciliato in Via/ Piazza _____ n. _____ (se diverso dalla residenza)
Telefono/ cellulare _____ (recapito telefonico indispensabile)
Codice fiscale _____

In qualità di:

- Destinatario del piano Titolare della potestà genitoriale Incaricato della tutela
 Amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina in corso di validità)

CHIEDE

La predisposizione del piano personalizzato di sostegno ai sensi della L. 162/98 in favore:

- di se stesso; del proprio congiunto Signor / Sig.ra

Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ il _____ residente in
Gonnosnò, via/piazza _____ n. _____
domiciliato in Via/ Piazza _____ n. _____ (se diverso dalla residenza)
Telefono/ cellulare _____ (recapito telefonico indispensabile)
Codice fiscale _____

A TAL FINE

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, sotto la propria responsabilità.

DICHIARA

(barrare la voce che interessa)

- che il destinatario del piano è in possesso della certificazione di handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/92, **ottenuta entro il 30 novembre dell'anno in corso** (Allegare);

che l'handicap grave del destinatario è congenito o insorto prima del compimento dei 35 anni di età:

SI **NO**

(Solamente in caso affermativo e solo per i soggetti di età uguale o superiore ai 35 anni dovrà essere presentato l'**Allegato 2**, compilato dal Medico di Medicina Generale o dal Medico di struttura pubblica o dal Medico convenzionato che ha in cura il paziente);

Che il nucleo familiare del destinatario del piano è così composto:

N°	Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela
1			Richiedente
2			
3			
4			
5			
6			

che nessun familiare convivente del destinatario del piano ha usufruito nell'anno precedente di permessi ai sensi della L. 104/92 in favore dello stesso.

OPPURE

che uno o più familiari convivente del destinatario del piano hanno usufruito nell'anno precedente di permessi ai sensi della L. 104/92 in favore dello stesso (in tal caso presenterà l'**Allegato 3**).

di aver preso visione dell'Avviso pubblico "Legge n. 162/98 art. 1 comma 1 lett. c). Piani personalizzati di sostegno in favore delle persone con grave disabilità";

che il destinatario del piano L. 162/98 **nel corso dell'anno precedente** ha usufruito dei seguenti servizi (non vanno indicati i servizi erogati con i fondi della L. 162/98, l'assistenza scolastica di base stabilita e garantita per legge dalla L. 104/92, né i servizi pagati privatamente e interamente dalle famiglie). L'elenco dei servizi fruiti nella tabella sotto riportata è a titolo puramente esemplificativo ma non esaustivo di tutti i possibili servizi che, se non riportati in elenco, dovranno essere cumulati e le relative ore riportate nell'ultima riga della tabella - altri servizi fruiti.

Servizio fruito	Soggetto erogatore	n. ore settimanali	n. settimane annuali
Inserimento socio lavorativo, servizio civile			
Asilo nido			
Fisioterapia			
Assistenza domiciliare erogata da enti pubblici o da associazioni regolarmente convenzionate			
Assistenza domiciliare integrata			
Frequenza centri diurni (ANFFAS, Alzheimer, ecc.)			
Ricovero, soggiorno e/o accoglienza in struttura pubblica o privata per più di 30 giorni consecutivi			
Frequenza centri di aggregazione sociale comunali			
Trasporto			
Altri servizi fruiti			

Di essere a conoscenza del fatto che l'amministrazione comunale, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000 potrà disporre controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese.

A tal fine allega alla presente:

Copia del documento di identità, in corso di validità, del destinatario del piano e del richiedente;

Copia del verbale di certificazione attestante il riconoscimento di handicap grave ai sensi della Legge n. 104/92 art. 3 comma 3 certificata al 30 novembre dell'anno in corso;

Scheda Salute (Allegato B alla Delibera G.R. n. 9/15 del 12/02/2013) che dovrà essere **compilata, datata e firmata** dal Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di libera scelta e/o altro medico della struttura pubblica o medico convenzionato che ha in cura la persona con disabilità. Gli eventuali costi sono a carico del richiedente.

Solo per i destinatari del piano di età uguale o superiore ai 35 anni nel caso di handicap grave congenito o comunque insorto prima dei 35 anni dovrà essere presentato l'**Allegato 2**, compilato dal Medico di Medicina Generale o Medico di struttura pubblica o Medico convenzionato che ha in cura il paziente;

- **Certificazione ISEE 2024** (ISEE per prestazioni di natura socio-sanitaria);
- Per i tutori o amministratori di sostegno: fotocopia del decreto di nomina in corso di validità;
- Nel caso di genitori separati o divorziati, qualora uno dei due abbia l'affidamento esclusivo del minore, è necessario produrre idonea documentazione da cui risulti l'affidamento esclusivo; qualora invece si tratti di affidamento congiunto, il genitore richiedente dovrà essere delegato per la presentazione, predisposizione e gestione del piano da parte dell'altro genitore;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti l'eventuale fruizione, da parte di uno o più familiari conviventi del disabile, di permessi lavorativi retribuiti ai sensi della Legge 104/92, con la specificazione del soggetto erogatore (datore di lavoro), delle ore settimanali e annuali e del numero di settimane fruita (**Allegato 3**);
- **Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante gli emolumenti non soggetti ad IRPEF** percepiti nell'anno 2022 (**Allegato D** alla Delibera G.R. n. 9/15 del 12/02/2013).

Gonnosnò li _____

Firma del dichiarante _____
(per esteso e leggibile)

Il presente modulo di domanda dovrà essere debitamente compilato in stampatello, in ogni sua parte, sottoscritto e corredato di tutta la documentazione sopra elencata.

Informativa effettuata ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 (RGDP)

Il Comune di Gonnosnò, con sede in Gonnosnò, Via Oristano n. 30, email: protocollo@comune.gonnosno.or.it, pec: protocollo@pec.comune.gonnosno.or.it, tel. 0783931678, nella sua qualità di **Titolare del trattamento dei dati**, tratterà i dati personali conferiti con la presente modulistica, sia su supporto cartaceo sia con modalità informatiche e telematiche, **esclusivamente al fine di espletare le attività di erogazione dei servizi richiesti, nell'esecuzione dei compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei pubblici poteri propri dell'Ente**, nel rispetto dei principi di cui al Regolamento UE 2016/679.

La informiamo che il trattamento dei Suoi dati personali avverrà secondo modalità idonee a garantire sicurezza e riservatezza e sarà effettuato utilizzando supporti cartacei, informatici e/o telematici per lo svolgimento delle attività dell'Amministrazione.

Il trattamento dei dati è improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza e, in conformità al principio di cd "minimizzazione dei dati", i dati richiesti sono adeguati, pertinenti e limitati rispetto alle finalità per le quali sono trattati.

In particolare, i dati sono raccolti e registrati unicamente per gli scopi sopraindicati e saranno tutelate la Sua dignità e la Sua riservatezza.

Il conferimento dei dati di cui alla presente modulistica è facoltativo, ma un eventuale rifiuto di fornirli comporterà l'impossibilità per l'Amministrazione di utilizzare i dati per le finalità indicate, con la conseguenza che non sarà possibile l'erogazione dei servizi richiesti.

I dati raccolti con la presente domanda potranno essere comunicati, se previsto da norma di legge o di regolamento, ad altri soggetti pubblici espressamente individuati e/o diffusi, laddove obbligatorio, a seguito di pubblicazione all'Albo Pretorio On line (ai sensi dell'art. 32, L. 69/2009) ovvero nella Sezione del sito istituzionale dell'Ente denominata "Amministrazione Trasparente" (ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii).

Gli stessi dati potranno formare oggetto di istanza di accesso documentale ai sensi e nei limiti di cui agli artt. 22 e ss. L. 241/90, ovvero potranno formare oggetto di richiesta di accesso civico "generalizzato", ai sensi dall'art. 5, comma 2, e dall'art. 5 bis, D. Lgs. 33/2013.

I dati conferiti, saranno trattati dall'Amministrazione per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata e conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale, da collaboratori dell'Ente ovvero da soggetti esterni espressamente nominati come Responsabili del trattamento dal Titolare.

Al di fuori delle ipotesi sopra richiamate, i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento, ai sensi degli artt. 15 e ss. RGDP.

Apposita istanza è presentata al Responsabile della Protezione dei dati dell'Ente (ex art. 38, paragrafo 4, RGDP), individuato nella **Liguria Digitale S.p.A, Parco Scientifico e Tecnologico di Genova, Via Melen 77, 16152 Genova. E-mail: .Pec: protocollo@pec.liguriadigitale.it tel. 0106545441.**

Dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni di cui all'art. 13 RGDP in relazione ai dati contenuti nell'allegata modulistica.

L'interessato al trattamento dei dati

(Firma per esteso del genitore o di chi esercita la potestà genitoriale)