

DA PRESENTARE ALL'UFFICIO PROTOCOLLO ENTRO IL **31.03.2025**

**Al Comune di Gonnosnò
All'Ufficio Servizi Sociali**

OGGETTO: Piani personalizzati di sostegno in favore di persone con grave disabilità L. 162/98. Richiesta predisposizione nuovo piano personalizzato con decorrenza 1 Maggio 2025 ai sensi delle DGR n 35/13 del 25/10/2023 – 41/33 del 01.12.2023.

Il/lasottoscritto/a Cognome _____

Nome _____

nato/a a _____ il _____

residente a 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 da attuarsi dal 1° Maggio 2025 in favore:

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

Cognome _____ Nom

e _____

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, **rilasciata in data** _____ (da 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 5** 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.	Nome e cognome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela

☐ che nessun familiare convivente del destinatario del piano ha usufruito nel 2024 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 nel 2024 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. Apertura termini presentazione domande piani di nuova attivazione con decorrenza dal 1° Maggio 2025." approvato con Determinazione del Responsabile del Settore n. 22 del 08/02/2025.

☐ che il destinatario del piano L. 162/98 **nel corso dell'anno 2024** 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;
- ☐ **Scheda Salute** 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.
- ☐ **Certificazione ISEE 2025** (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 fruito;
- ☐ **Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante gli emolumenti non soggetti ad IRPEF** percepiti nell'anno 2023.

Gonnosnò lì _____

Firma del dichiarante _____
(per esteso e leggibile)

I 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

SARDAT DI BAROLI MARIO, Via San Saturnino n. 36 - 09170 Oristano, TEL (39) 348 5972663 e-mail: dpo@comune.gonnosno.or.it; Pec: sardat@pec.it

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)