

Lasciare libero per l'Ufficio
Protocollo.

Spett.le Uff. Servizi Sociali
Comune di Oliena

OGGETTO: DOMANDA PER LA CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO PER LA REALIZZAZIONE DEI PIANI PERSONALIZZATI IN FAVORE DI PERSONE CON HANDICAP GRAVE LEGGE 21 MAGGIO 1998, N. 162 - ATTUAZIONE 2020. (scadenza 27.03.2020)

l sottoscritt.....nat_ ail

residente ain Via n.

tel. codice fiscale

nella sua qualità di¹

CHIEDE

- PER SE MEDESIMO
- Per il/la _____ (specificare il grado di parentela)

Cognome..... Nome.....

nat..... a.....il.....

residente in Oliena in Via....., N.....

Telefono.....codice fiscale

A TAL FINE DICHIARA CHE

- la certificazione di cui all'art. 3 della L. 104/92, è stata rilasciata **ENTRO** il 31.12.2019.

¹ Genitore, esercente patria potestà, tutore (specificare il grado di parentela).

- consapevole che in caso di mendaci, falsità in atti o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000, l'Amministrazione provvederà alla revoca dei benefici eventualmente concessi, come previsto dall'art. 75 D.P.R. n. 445/2000;
- nonché di quanto previsto dall'art. 71, comma 3, D.P.R. n. 445/2000, in merito al contestuale consenso prestato dal dichiarante, con la presente, al controllo corrispondenza di quanto dichiarato, con le risultanze dei dati custoditi dalla competente amministrazione pubblica;
- il dichiarante è informato che il trattamento dei dati personali forniti avviene nel rispetto di quanto sancito dall'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Oliena, _____

Il dichiarante

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ("GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, il Comune di Oliena, nella sua qualità di Titolare del trattamento dei dati, tratterà i dati personali conferiti con la presente modulistica, 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 poteri propri dell'ente, nel rispetto dei principi di cui al regolamento UE 2016/679.

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)

Documentazione da allegare al modulo:

- **Copia ISEE** per prestazioni socio sanitarie - sulla base della nuova normativa vigente;
- **Copia del verbale** attestante la condizione di handicap grave di cui alla legge 104/1992 articolo 3 comma 3, certificata entro il 31.12.2019;
- **Scheda Salute (allegato B)** da redigere a cura del medico di medicina generale e/o pediatra di libera scelta e/o dal medico specialista di struttura pubblica che ha in carico il paziente;
- **Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà** (Allegato D), con indicazione dei redditi esenti IRPEF relativi all'anno 2018;
- **Eventuale copia del provvedimento del Tribunale** di nomina di tutore o amministratore di sostegno;
- **Copia fotostatica del documento di identità** del destinatario del piano e del richiedente.