

**OGGETTO:** Richiesta predisposizione piano personalizzato ai sensi della L. 162/98 – Anno 2019.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_  
residente a Nuraminis in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_, email \_\_\_\_\_, in qualità di:

- destinatario del piano
- o
- incaricato della tutela
- titolare della responsabilità genitoriale
- amministratore di sostegno

della persona destinataria del piano

**CHIEDE**

la predisposizione del piano personalizzato ai sensi della L. 162/98 in favore di  
\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il  
\_\_\_\_\_ residente a Nuraminis in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_.

Con la presente, il sottoscritto, autorizza l'Ente al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs n. 196/2003, normativa in materia di tutela della privacy.

Nuraminis, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ richiedente la predisposizione del piano personalizzato in favore di \_\_\_\_\_

**ai sensi dell'art. 46 del D.P.R 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. 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 al **31.12.2018**;
- che l'handicap grave del destinatario è congenito o insorto entro i 35 anni per patologia acquisita, come da certificazione del Medico di Medicina Generale o dal Pediatra e/o altro medico della struttura pubblica che ha in carico il paziente;
- che la patologia del destinatario comporta una invalidità del 100%, come da certificato di invalidità;
- di aver preso visione del bando, e di tutti gli atti inerenti la predisposizione del piano personalizzato ai sensi della legge 162/98 e di accettarne le condizioni in essi contenute.

Firma

\_\_\_\_\_

**A tal fine si allega:**

- Documento d'identità, in corso di validità del destinatario del piano e/o del richiedente;
- Certificazione della disabilità di cui all'art. 3 comma 3 della Legge n. 104/'92;
- Scheda Salute, che dovrà essere compilata e firmata dal Medico di Medicina Generale o dal pediatra di libera scelta e/o altro medico della struttura pubblica che ha in carico il richiedente (eventuali costi sono a carico esclusivo del richiedente);
- Certificazione, compilata dal Medico di Medicina Generale o dal pediatra di libera scelta e/o altro medico della struttura pubblica, attestante che l'handicap grave del destinatario è congenito o insorto entro i 35 anni per patologia acquisita;
- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, art. 47 del D.p.r. n. 445/2000 – Allegato D;
- Attestazione ISEE anno 2019 per prestazioni socio-sanitarie del beneficiario;
- Documentazione attestante l'eventuale nomina di tutore o di amministratore di sostegno;
- Nel caso di genitori separati o divorziati, qualora uno dei due abbia l'affidamento esclusivo del minore, è necessario produrre atto di separazione o di divorzio dove viene disposto il medesimo

affidamento esclusivo; qualora invece si tratti di affidamento congiunto, il genitore richiedente dovrà essere delegato mediante delega formale, da autenticare presso gli uffici comunali preposti, per la predisposizione e gestione del piano da parte dell'altro genitore;

- Certificato di invalidità del destinatario del piano (da produrre solo in caso di riconoscimento di invalidità pari al 100%);
- Certificazione medica, recente ed esaustiva, attestante che il familiare è affetto da grave patologia, nel caso di presenza all'interno del nucleo familiare del disabile, di familiari affetti da gravi patologie;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti l'eventuale fruizione, da parte di uno o più familiari 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.

Nuraminis, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_