

**MODULO DI DOMANDA PER PREDISPOSIZIONE PIANO PERSONALIZZATO  
DI SOSTEGNO AI SENSI DELLA LEGGE N. 162/98 - GESTIONE 2019**

Al Responsabile  
dell'Ufficio di Servizio Sociale  
del Comune di Villaurbana

Il/la sottoscritto/a..... nato/a a.....il.....  
residente a..... in via..... n°..... tel.....  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ domiciliato/a ( se diverso dalla residenza ) :  
Luogo \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ ,  
**in qualità di destinatario del piano personalizzato di sostegno ai sensi della L. 162/98 oppure**

- ☐ familiare (specificare la relazione di parentela) \_\_\_\_\_ ;
- ☐ incaricato della tutela o amministratore di sostegno \_\_\_\_\_ ;
- ☐ titolare della responsabilità genitoriale  
della persona destinataria del piano personalizzato

**CHIEDE**

Che venga predisposto un piano personalizzato di sostegno ai sensi della L. 162/98 gestione 2019  
in favore di persone con disabilità grave di cui all'art. 3 comma 3 della L. n. 104/92

- ☐ In suo favore
- ☐ In favore del/la Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a Villaurbana in via \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
domiciliato/a ( se diverso dalla residenza ):Luogo \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ ,

**DICHIARA**

Di essere consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti;

Di essere stato informato sul trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo (UE) 2016/679 e di essere a conoscenza che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 i dati personali raccolti, compresi quelli sensibili, saranno trattati anche con strumenti informatici e telematici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e nel rispetto di quanto stabilito dal succitato Regolamento UE e nel D.Lgs. n. 196/2003 ;

Di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili;

Di scegliere la modalità di gestione del piano personalizzato \*

☐ DIRETTA

☐ INDIRETTA

- Di impegnarsi a produrre la documentazione mancante, sotto specificata:

..... entro il 25.03.2019.

Allega alla presente domanda:

- ☐ Certificazione attestante il riconoscimento della condizione di handicap grave di cui all'art. 3, comma 3 della L.104/92;
- ☐ Attestazione ISEE 2019 (ISEE per Prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria);
- ☐ Allegato B ( scheda salute) compilato e firmato dal medico di medicina generale o pediatra di libera scelta e/o altro medico della struttura pubblica o medico convenzionato che ha in cura la persona con disabilità;
- ☐ Allegato C ( scheda sociale) la cui compilazione compete all'Assistente Sociale in collaborazione con il destinatario del piano o altro incaricato della tutela o titolare della responsabilità genitoriale o amministratore di sostegno, firmato anche dal Dirigente /Responsabile delle Politiche Sociali del Comune . Il destinatario del piano o altro incaricato della tutela o titolare della responsabilità genitoriale o amministratore di sostegno dovrà compilare e firmare anche la relativa dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di cui all'allegato C;
- ☐ Allegato D ( dichiarazione sostitutiva dell' atto di notorietà) compilato e firmato dal destinatario del piano o dall'incaricato della tutela o titolare della responsabilità genitoriale o amministratore di sostegno;
- ☐ Copia del documento di riconoscimento del destinatario del piano e del richiedente se persona diversa dal destinatario del piano;
- ☐ Copia del provvedimento del Tribunale di nomina di tutore o amministratore di sostegno;
- ☐ Consenso al trattamento dei dati personali;
- ☐ Copia codice IBAN per rimborsi intestato a : \_\_\_\_\_;
- ☐ Delega alla riscossione rilasciata ai sensi di legge (allegata alla presente) a favore di: \_\_\_\_\_
- ☐ Dichiarazione per eventuale fruizione permessi L.104/92 ;
- ☐ Nel caso di presenza all'interno del nucleo familiare del disabile di familiari affetti da gravi patologie, recente ed esaustiva certificazione medica attestante che il familiare è affetto da grave patologia;

\* La realizzazione dei piani personalizzati, può essere gestita sia in forma diretta, attraverso operatori qualificati di Cooperative / Associazioni/ Consorzi di Cooperative incaricati dal Comune, sia in forma indiretta (la realizzazione del piano è affidata alla famiglia) attraverso operatori/cooperative/associazioni operanti nel settore individuati dal titolare del finanziamento.

Villaurbana, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_