**PROTOCOLLO N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**



**COMUNE DI ALGHERO**

**Settore IV Servizi Sociali**

**Richiesta misure di sostegno in favore di persone in situazione di disabilità grave ai sensi della Legge n° 162/98 – Piani personalizzati di sostegno. Periodo 1° Maggio 2021 - 31 Dicembre 2021**

Il/LaSottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In nome e per conto di *(indicare se diverso dal richiedente i dati del soggetto Beneficiario)*

**in qualità di Legale Rappresentante del seguente:**

**□ minore □ interdetto □ inabilitato □ amministratore di sostegno □ altro**

***Consapevole delle responsabilità, anche penali, previste in caso di false dichiarazioni, ai sensi dall’art. 76 del DPR 445/2000 e che in caso di dichiarazioni non veritiere decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione, come previsto dall’art. 75 del DPR 445/2000***

**CHIEDE**

La predisposizione del piano personalizzato di sostegno ai sensi della Legge 162/98 per il periodo 1° maggio 2021 - 31 dicembre 2021 in favore di:

*(nome e cognome)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Che il proprio nucleo familiare, ovvero il nucleo familiare del destinatario del piano di sostegno è così composto:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME | Luogo di nascita | Data di nascita | Parentela |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Che l’indicatore della situazione economica equivalente (ISEE 2021) è pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*In assenza di tale documento verrà applicata la riduzione dell’80% al finanziamento del progetto*.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs N. 196 del 30/03/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega la seguente documentazione:

* COPIA VERBALE definitivo del riconoscimento della condizione di disabilità grave rilasciato ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 3 entro la data del 31.03.2021 o, in assenza, copia della certificazione provvisoria (resta inteso che il verbale definitivo dovrà essere presentato al momento dell’avvio del progetto)
* COPIA VERBALE D’INVALIDITA’
* SCHEDA SALUTE (Allegato B) debitamente compilata, firmata e timbrata dal medico di medicina generale, o dal pediatra di libera scelta o da altro medico
* ALLEGATO D (Dichiarazione Sostitutiva dell’Atto di Notorietà) debitamente compilato e firmato;
* Altra documentazione comprovante condizioni di disabilità, o invalidità, o condizioni di salute gravi riferite a familiari appartenenti allo stesso nucleo del richiedente

Il Dichiarante

Alghero lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_