

Numero di telefono (cellulare) _____

E-MAIL _____@_____._____

Domicilio (**se diverso dalla residenza**): Via _____ n° _____

Città _____ CAP _____

CHIEDE LA PREDISPOSIZIONE DEL PIANO PERSONALIZZATO AI SENSI DELLA LEGGE N. 162/98

- PROROGA
- NUOVA DOMANDA

A tal fine il/la sottoscritto/a consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

Cognome e Nome del destinatario del Piano _____

- Età del disabile: _____
- Data rilascio L. 104/1992, art. 3 c. 3: __/__/__ Data accert. art. 3, c. 3 L. 104/1992: __/__/__
- Handicap grave congenito o comunque insorto entro i 35 anni d'età: SI NO
- Che il nucleo familiare del destinatario del Piano è così costituito:

Nome e Cognome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

- **Che all'interno del nucleo anagrafico del destinatario del piano:**

sono presenti familiari in gravi e documentate condizioni di salute (allegare la certificazione sanitaria)

non sono presenti familiari in gravi e documentate condizioni di salute.

➤ **Che all'interno del nucleo anagrafico del destinatario del piano:**

sono presenti familiari che usufruiscono dei permessi dal lavoro ai sensi della L. 104/92.

non sono presenti familiari che usufruiscono dei permessi dal lavoro ai sensi della L.104/92.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

1. copia certificazione della situazione di handicap grave di cui all'art. 3, comma 3 della Legge n. 104/92, solo se in revisione; **per i NUOVI PIANI la certificazione deve essere rilasciata in data entro e non oltre il 31 marzo 2024;**

2. ISEE socio sanitario compreso di DSU, di cui all'art 1, comma 1, lett. f, del DPCM N. 159/2013;

3. copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del dichiarante e del destinatario del piano;

4. dichiarazione attestante la fruizione di permessi L. 104/92 da parte di familiari conviventi con il destinatario del piano;

5. Scheda Salute (**Allegato B**) compilata dal Medico di Medicina Generale/Pediatra o altro Medico della struttura pubblica o convenzionata, firmata, timbrata e datata dallo stesso;
per i piani in proroga la scheda salute deve essere presentata solo in caso di aggravamento.

6. Certificazione medica attestante la condizione di gravità di salute di familiari appartenenti al nucleo familiare del destinatario del piano;

7. Dichiarazione sostitutiva di notorietà attestante gli emolumenti percepiti nell'anno 2023 (**Allegato D**);

8. Eventuale copia del decreto di nomina tutore, curatore o amministratore di sostegno del destinatario del piano.

9. Codice Iban bancario o postale intestato o cointestato al beneficiario L. 162/98 sul quale accreditare il beneficio.

Villasalto, _____

Firma

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (CD. "INFORMATIVA PRIVACY")
ai sensi degli articoli 13-14 del Regolamento (UE) 2016/679 GDPR

Dichiara di essere informato, che i dati comunicati dai richiedenti saranno trattati ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016 e in applicazione dell'art. 48 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445. I dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per il procedimento del presente avviso pubblico