

DA PRESENTARE ENTRO IL 31.03.2024

**Spett.le Comune di Esterzili
Ufficio Servizio Sociale**

OGGETTO: L.162/98 - Richiesta attivazione piano personalizzato, da attuare dal 01.05.2024

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____

e residente a _____ in Via/P.zza _____ n. _____

C.F. | _____ recapito telefonico _____

In qualità di:

- Destinatario del piano Tutore Titolare della patria potestà
 Amministratore di sostegno Familiare responsabile

CHIEDE

PER SE

PER IL PROPRIO FAMILIARE

Cognome _____ Nome _____ nato/a a
_____ il _____ residente in Laconi

via/piazza _____ n. _____

C.F. | _____ recapito telefonico _____

la predisposizione del piano personalizzato ai sensi della L. 162/98

A TAL FINE DICHIARA

- Che il portatore di handicap per il quale viene presentata richiesta è in possesso della certificazione, ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3, rilasciata dall'autorità competente entro il 31/03/2024.

Allega la seguente documentazione (barrare la voce che interessa):

- **Copia certificazione attestante l'handicap grave**, rilasciata dalla ASL, ai sensi della L.104/92, art. 3, comma 3.;
- "SCHEMA SALUTE" debitamente compilata dal medico di famiglia (eventuali costi sono a carico del richiedente.);
- Certificazione ISEE (c.d. ISEE socio-sanitario) valido per l'anno 2024;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà firmato dal disabile o dal Tutore/Amministratore di Sostegno
- Copia del documento d'identità del destinatario del piano e del richiedente.
- Copia della documentazione attestante l'eventuale nomina di tutore o di amministratore di sostegno;

Il sottoscritto, in conformità di quanto sancito dall'art. 13 del D. Lgs 30 Giugno 2007 N. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", autorizza il trattamento dei dati personali da parte del Comune di ESTERZILI esclusivamente nell'ambito del procedimento connesso alla pratica della Legge 162/98.

Data _____

Firma _____