|  |  |
| --- | --- |
| LOGO FLUSSIO | **Comune di Flussio**  Provincia di Oristano  Tel. 0785/34805 - Via Nazionale n. 69  Pec: [servsociali@pec.comune.flussio.or.it](mailto:servsociali@pec.comune.flussio.or.it)  Mail: [servizisociali@comune.flussio.or.it](mailto:servizisociali@comune.flussio.or.it) |

**RICHIESTA PREDISPOSIZIONE PIANO PERSONALIZZATO DI SOSTEGNO AI SENSI DELLA L. 162 DEL 21.05.1998**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE AI SENSI DEL DPR 445/2000**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dati Richiedente** |  | Il/La sottoscritto/a nato/a a Prov. il  residente a Prov. CAP in Via  Codice Fiscale |

Consapevole che le informazioni riportate nella presente istanza, comprensive degli allegati, corrispondono al vero e sono accertabili ai sensi dell’art. 43 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 ovvero documentabili su richiesta delle amministrazioni competenti;

Consapevole della decadenza dai benefici e delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione non veritiera, di formazione e di uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445

**CHIEDE**

* In suo favore ☐ In favore del/la proprio/a [[1]](#footnote-1)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dati Del Titolare L. 104/92 Art. 3 Comma 3**  **(Se Diverso Dal Richiedente)** |  | Cognome e Nome nato/a a Prov**.** il  residente a Flussio Prov. (Or) CAP 09090  n Via  Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

# di predisporre, il Piano Personalizzato di sostegno a favore del suddetto portatore di handicap riconosciuto disabile grave ai sensi dell’art. 3, comma 3, Legge 104/92 e pertanto di essere convocato per collaborare alla stesura del Piano.

**A TAL FINE DICHIARA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dati Sanitari** | Data di rilascio Certificazione L. 104/92, art. 3 comma 3:   * Definitiva ☐ con rivalutazione il * Handicap grave congenito o sopravvenuto prima del compimento   dei 35 anni d’età: ☐ SI ☐ NO |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dati Situazione Economica** | N. identificativo ISEE  Data rilascio Data scadenza Valore ISEE euro ***ALLEGARE ISEE SOCIO SANITARIO 2024***  La persona destinataria del Piano percepisce e seguenti emolumenti e/o pensioni:   * Invalidità Civile € mensili per n. mesi * Indennità di accompagnamento € mensili per n. mesi * Indennità di frequenza **€\_**\_\_\_\_\_ mensili per n. mesi * Altro [[2]](#footnote-2) € mensili per n. mesi |
| **Recapiti Per Eventuali Comunicazioni** | Tel./Cell  Nome Cognome |
| ***Allegati*** | * *Certificazione dello Stato di Handicap Grave di cui all’articolo 3, comma 3, della L. n. 104/1992.* * *Certificazione ISEE 2025 (ISEE socio-sanitario).* * *Allegato B - Modulo Scheda Salute (da far compilare al proprio Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di libera scelta o altro Medico di Struttura Pubblica)* |

**IMPORTANTE**: Il/La sottoscritto/a dichiara di essere disponibile a presentarsi presso l’Ufficio Servizi Sociali per la compilazione della **SCHEDA SOCIALE (previo appuntamento telefonico) entro e non oltre il 11.04.2023.**

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del richiedente all'ufficio competente tramite un incaricato oppure a mezzo posta

# Flussio,

Il Richiedente

1. *Padre, madre, figlio/a, fratello, sorella, nipote* [↑](#footnote-ref-1)
2. *specificare* [↑](#footnote-ref-2)