



COMUNE DI AUSTIS *Provincia di Nuoro*

Corso Vittorio Emanuele N. 20 – 08030 - Telef. 0784/67213/679001 - Fax 0784/67058

P.I. 00180590911 - e-Mail: austis.comune@tiscali.it - P.C.austis.comune@cert.ollsys.it

Sito Web: www.comune.austis.nu.it

RICHIESTA DA PRESENTARE ENTRO E NON OLTRE IL 15.03.2020

All'Ufficio del Servizio Sociale
del Comune di AUSTIS

Corso Vittorio Emanuele

AUSTIS (NU)

DOMANDA PER LA CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO PER LA REALIZZAZIONE DEI PIANI
PERSONALIZZATI IN FAVORE DI PERSONE CON HANDICAP GRAVE (Legge 21 maggio 1998 N.
162) – **ANNUALITA' 2019 GESTIONE 2020**

Il/la sottoscritt _____
nato/a _____ (Prov. _____) il _____ e residente
a _____ in Via _____ Nr. _____
Tel/Cell. _____ C.F.: _____

CHIEDE

di beneficiare del contributo specificato nell'oggetto

A TAL FINE DICHIARA

Di essere in possesso della certificazione ex Legge 5 maggio 1992, N. 104 (art 3. comma 3) che attesta lo stato di grave disabilità

OPPURE

- TUTORE**
- CURATORE**
- AMMINISTRATORE SI SOSTEGNO**
- DELEGATO**
- ALTRO**

del Sig./ra _____ nato/a _____ (Prov. _____)
il _____ e residente a _____ (Prov. _____)
in Via _____ Nr. _____ Tel./Cell. _____
C.F.: _____ beneficiario della L. 104/92 (art. 3, comma 3)

che la certificazione di cui all'art. 3, comma 3 della L. 104/92, è stata rilasciata in data _____

- Il/la sottoscritto/a è consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. N. 445/2000, **l'Amministrazione provvederà alla revoca dei benefici eventualmente concessi**, come previsto dall'art. 75 D.P.R. N. 445/2000, nonché di quanto previsto dall'art. 71, comma 3 D.P.R. N. 445/2000, in merito al contestuale consenso prestato dal dichiarante, con la presente, al controllo della corrispondenza di quanto dichiarato, con le risultanze dei dati custoditi dalla competente amministrazione Pubblica.

-

TRATTAMENTO DATI

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi della normativa vigente (GDPR 2016/679), che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per la predisposizione ,richiesta di finanziamento e attuazione del Piano Personalizzato di Sostegno di cui alla L. n° 162/98.

Allegati:

- **copia certificazione L. 104/92 (art. 3, comma 3) stato di gravità ;**
- **certificazione ISEE socio sanitario;**
- **Allegato B alla Delib n. 48/46 del 11/12/2012 debitamente compilato e sottoscritto a cura del Medico di Medicina Generale**
- **Allegato D alla Delib. N. 48/46 del 11/12/2012 (dichiarazione Sostitutiva dell'atto di notorietà sottoscritto dal destinatario del piano e dall'incaricato della tutela o titolare della patria potestà o amministratore di sostegno.**

Austis, li _____

Il dichiarante

Il Funzionario incaricato

Documento N. _____

N.B.: La dichiarazione può essere sottoscritta in presenza del dipendente addetto a riceverla ovvero sottoscritta e trasmessa, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'Ufficio competente.