

Scadenza
5 APRILE 2023

Area 1 Politiche Sociali – Servizio Sostegno e Integrazione Sociale Famiglie con Disabili

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ residente in _____
via _____ n° _____ tel _____
CF/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____, in qualità di:

- ☐ Destinatario del piano
☐ Amministratore di sostegno
☐ Esercente la potestà genitoriale
☐ Tutore e/o curatore
☐ Altro familiare _____ (indicare il grado di parentela) in possesso di

La predisposizione del piano personalizzato di sostegno ai sensi della Legge 162/98 in favore di:

- Ovvero in favore di:

- ☐ Del/la sig./sig.ra _____ nato/a a _____
_____ il _____ n° _____ tel _____ residente in Selargius via _____

[illegible]

Si allega la seguente documentazione:

- 1) Certificazione comprovante il riconoscimento dell'handicap grave (art.3, comma 3 - L. 104/92)
- 2) Attestazione I.S.E.E.2023 aggiornata alla situazione anagrafica familiare per prestazioni sociosanitarie non residenziali
- 3) Copia del documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità
- 4) Autocertificazione attestante l'esercizio della potestà genitoriale in caso di genitori separati (qualora il beneficiario del piano sia un minore)
- 5) Copia del decreto di nomina di Tutore o Amministratore di Sostegno
- 6) Certificazione sanitaria attestante l'eventuale compresenza di altri familiari componenti il nucleo familiare affetti da gravi patologie.
- 7) Certificazione comprovante la disabilità congenita o riscontrata il 35° anno di età
- 8) Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (allegato D)
- 9) Scheda salute (allegato B) debitamente compilata dal medico di medicina generale, o dal pediatra di libera scelta o da altro medico di struttura pubblica.

Data

Firma

A TAL FINE DICHIARA

ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali in cui potrebbe incorrere in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione od uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76, nonché dell'ulteriore sanzione della decadenza dai benefici prevista dall'art. 75, articoli entrambi dello stesso D.P.R. 445/2000 dichiara sotto la propria responsabilità, per sé o per l'avente diritto:

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

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Parentela
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Che l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE 2023) è pari ad € _____, codice protocollo ISEE _____ oppure, numero di protocollo della DSU _____.

Di essere in possesso, o che il destinatario del piano è in possesso della certificazione di handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92, riconosciuta in data _____;

Che nell'anno 2022, la persona **destinataria** del piano ha usufruito dei seguenti servizi: (specificare solo i servizi erogati gratuitamente dal Settore Pubblico (ASL, Comune, ecc.):

Servizio fruito	Soggetto erogatore	n. ore settimanali	n. settimane di fruizione nel 2022
Inserimento socio-lavorativo, servizio civile			
Asilo Nido			
Fisioterapia			
Assistenza domiciliare			
Assistenza domiciliare integrata			
Frequenza centro diurni (ANFASS, AIAS, Alzheimer)			
Ricovero, soggiorno e/o accoglienza in struttura pubblica o privata per più di 30 gg consecutivi			
Frequenza centri di aggregazione sociale comunali			
Trasporto (es presso centri riabilitativi)			
Lavoro			
Frequenza scolastica			

Scuola materna			
Corsi di formazione			
Altri servizi			

Che nell'anno 2022, il destinatario del piano, oppure un familiare convivente ha beneficiato dei seguenti PERMESSI DA LAVORO LEGGE 104/92 (Non vanno indicati i permessi extra concessi per l'emergenza Covid-19):

Nome e Cognome del beneficiario dei permessi	Grado di parentela	Soggetto erogatore/Datore di lavoro	N° ore settimanali	N° ore annuali

Che il finanziamento ottenuto verrà utilizzato per il seguente intervento (contrassegnare la voce interessata):

PER I MINORI E GLI ADULTI

- ☐ assistenza personale e/o domiciliare;
- ☐ assistenza educativa;
- ☐ accoglienza presso centri diurni autorizzati ai sensi dell'articolo 40 della L.R. n. 23/2005 e presso centri diurni integrati di cui al D.P.R. 14.1.1997 e alle deliberazioni della Giunta Regionale in materia di residenze sanitarie assistenziali e di centri diurni integrati, limitatamente al pagamento della quota sociale;
- ☐ soggiorno per non più di 30 giorni nell'arco di un anno presso strutture autorizzate ai sensi dell'art. 40 della L.R. n. 23/2005 o presso residenze sanitarie assistenziali autorizzate, limitatamente al pagamento della quota sociale;
- ☐ attività sportiva e/o di socializzazione.

PER GLI ULTRASESSANTACINQUENNI

- ☐ assistenza personale e/o domiciliare;
- ☐ accoglienza presso centri diurni autorizzati ai sensi dell'articolo 40 della L.R. n. 23/2005 e presso centri diurni integrati di cui al D.P.R. n. 14.1.1997 e alle deliberazioni della Giunta regionale in materia di residenze sanitarie assistenziali e di centri diurni integrati, limitatamente al pagamento della quota sociale;
- ☐ soggiorno per non più di 30 giorni nell'arco di un anno presso strutture autorizzate ai sensi dell'art. 40 della L.R. n. 23/2005 o presso residenze sanitarie assistenziali autorizzate, limitatamente al pagamento della quota sociale

L'EVENTUALE RIMODULAZIONE DEL PIANO DEVE ESSERE RICHiesta FORMALMENTE E IN CASO DI MUTATE ESIGENZE DEL DESTINATARIO NON PREVEDIBILI.

Data_____

Il Dichiarante

NOTA BENE

- La firma sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione non va mai autenticata

Informativa effettuata ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 (RGDP)

Il Comune di Selargius, con sede in Selargius, Via Istria 1, pec: protocollo@pec.comune.selargius.ca.it tel 07085921, nella sua qualità di **Titolare del trattamento dei dati**, tratterà i dati personali conferiti con la presente modulistica, sia su supporto cartaceo sia con modalità informatiche e telematiche, **esclusivamente al fine di espletare le attività di erogazione dei servizi richiesti, nell'esecuzione dei compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei pubblici poteri propri dell'Ente**, nel rispetto dei principi di cui al Regolamento UE 2016/679.

La informiamo che il trattamento dei Suoi dati personali avverrà secondo modalità idonee a garantire sicurezza e riservatezza e sarà effettuato utilizzando supporti cartacei, informatici e/o telematici per lo svolgimento delle attività dell'Amministrazione.

Il trattamento dei dati è improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza e, in conformità al principio di cd "minimizzazione dei dati", i dati richiesti sono adeguati, pertinenti e limitati rispetto alle finalità per le quali sono trattati. In particolare, i dati sono raccolti e registrati unicamente per gli scopi sopraindicati e saranno tutelate la Sua dignità e la Sua riservatezza.

Il conferimento dei dati di cui alla presente modulistica è facoltativo, ma un eventuale rifiuto di fornirli comporterà l'impossibilità per l'Amministrazione di utilizzare i dati per le finalità indicate, con la conseguenza che non sarà possibile l'erogazione dei servizi richiesti.

I dati raccolti con la presente domanda potranno essere comunicati, se previsto da norma di legge o di regolamento, ad altri soggetti pubblici espressamente individuati e/o diffusi, laddove obbligatorio, a seguito di pubblicazione all'Albo Pretorio On line (ai sensi dell'art. 32, L. 69/2009) ovvero nella Sezione del sito istituzionale dell'Ente denominata "Amministrazione Trasparente" (ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii).

Gli stessi dati potranno formare oggetto di istanza di accesso documentale ai sensi e nei limiti di cui agli artt. 22 e ss. L. 241/90, ovvero potranno formare oggetto di richiesta di accesso civico "generalizzato", ai sensi dall'art. 5, comma 2, e dall'art. 5 bis, D. Lgs. 33/2013.

I dati conferiti, saranno trattati dall'Amministrazione per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata e conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale, da collaboratori dell'Ente ovvero da soggetti esterni espressamente nominati come Responsabili del trattamento dal Titolare.

Al di fuori delle ipotesi sopra richiamate, i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento, ai sensi degli artt. 15 e ss. RGDP. Apposita istanza è presentata al Responsabile della Protezione dei dati dell'Ente (ex art. 38, paragrafo 4, RGDP), individuato nella **Società Dasein srl, con sede a Torino in Lungo Dora Colletta n° 81 – email: dpo@comune.selargius.ca.it**

Dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni di cui all'art. 13 RGDP in relazione ai dati contenuti nell'allegata modulistica. L'interessato al trattamento dei dati

..... (Firma per esteso)

DA COMPILARE SE IL BENEFICIARIO E' IMPOSSIBILITATO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ CF/ _____ residente in
_____ Via _____ richiedente la misura di sostegno ai
sensi della L. 162/98

DELEGA

Il/La Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____
il _____ CF/ _____ residente in
Via _____ in qualità di _____ (indicare il
grado di parentela) alla compilazione della documentazione necessaria alla predisposizione del piano
personalizzato di sostegno da avviare in mio favore.

Lì, _____

Firma

Allegare copia del documento di identità del dichiarante.