

**MODULISTICA PIANI NUOVI IN POSSESSO DI CERTIFICAZIONE DI
HANDICAP GRAVE ALLA DATA DI SCADENZA DEL BANDO (28/03/2025)**

Al Responsabile del Servizio
Comune di Domusnovas

Termini di presentazione istanza: dal 20/01/2025 al 28/03/2025 (termine perentorio)

**OGGETTO: DOMANDA PER LA PRESENTAZIONE PIANO PERSONALIZZATO
LEGGE N. 162/98 – ANNO 2025.**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____ Via _____ n° _____

Recapito telefonico _____ email _____

codice fiscale

in qualità di

☐ destinatario del piano

Oppure di

☐ genitore ☐ coniuge ☐ figlio ☐ amministratore di sostegno ☐ tutore ☐ altro (specificare)

_____ delegato dalla persona destinataria del piano

CHIEDE

➤ Che venga predisposto, per l'anno **2025**, un piano personalizzato di sostegno ai sensi della Legge 162/1998 per i portatori di handicap grave in possesso della certificazione Legge 104/92 art. 3 comma 3:

☐ in suo favore

☐ in favore del/la:

Sig/ra _____ nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente a DOMUSNOVAS in Via _____ n° _____

Recapito telefonico _____ email _____

codice fiscale

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi a tal fine:

DICHIARA

➤ Che il destinatario del piano personalizzato per il quale viene presentata richiesta è in possesso della certificazione di handicap grave ai sensi della L. 104/92, art. 3 comma 3:

- ☐ Verbale definitivo;
- ☐ Verbale temporaneo: scadenza revisione il _____ (nel caso in cui il richiedente sia in attesa di essere convocato a visita dovrà darne comunicazione formale all'Ufficio e consegnare tempestivamente copia del verbale di revisione aggiornato entro 10 giorni dal rilascio da parte del servizio territorialmente competente);

☐ Di essere stato delegato dal beneficiario del piano personalizzato a presentare e sottoscrivere la domanda, nonché predisporre in mio favore il progetto di cui alla L. 162/98 e di ogni altro adempimento inerente la gestione dello stesso;

☐ Che all'interno dello stesso nucleo familiare anagrafico altri componenti usufruiscono dei finanziamenti di cui alla Legge 162/98 (specificare):

Cognome e Nome _____ Codice Fiscale _____

Cognome e Nome _____ Codice Fiscale _____

Cognome e Nome _____ Codice Fiscale _____

☐ Di voler ricevere tutte le comunicazioni inerenti il progetto al seguente indirizzo Email o Pec:

A TAL FINE ALLEGA

Barrare obbligatoriamente le caselle corrispondenti alla documentazione da allegare all'istanza:

☐ Copia della certificazione di handicap grave ai sensi della L. 104/92, art. 3 comma 3 (**da allegare obbligatoriamente**);

☐ Copia del documento d'identità in corso di validità e codice fiscale del dichiarante e della persona delegata (**da allegare obbligatoriamente**);

☐ Attestazione ISEE in corso di validità (**la mancata presentazione comporterà l'accoglimento dell'istanza con applicazione della decurtazione massima dell'80% sul finanziamento riconosciuto**);

☐ Modulo delega per presentazione istanza (**da allegare obbligatoriamente se ricorre il caso**);

☐ Eventuale copia del decreto di nomina Tutore/Amministratore di Sostegno (**da allegare obbligatoriamente se ricorre il caso**);

☐ Scheda salute - Allegato B - debitamente compilata e sottoscritta a cura del medico di Medicina Generale, da un Pediatra di Libera scelta o da altro Medico di struttura pubblica o convenzionato che ha in cura la persona con disabilità (**da allegare obbligatoriamente**);

☐ Certificazione medica attestante l'insorgenza dell'handicap grave congenito o comunque insorto entro i 35 anni di età compilata e sottoscritta a cura del medico indicato al punto precedente (**da allegare obbligatoriamente**);

☐ Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà - Allegato D - attestante gli emolumenti percepiti nell'anno 2024 (**da allegare obbligatoriamente**);

☐ Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà - Allegato E - dalla quale risulti l'eventuale fruizione, da parte di uno o più familiari del disabile, nonché da parenti o affini entro il terzo grado, conviventi, di permessi lavorativi retribuiti ai sensi della Legge 104/92, con la specificazione del soggetto erogatore (datore di lavoro), delle ore settimanali e del numero delle settimane annuali fruiti (non dovrà essere indicata l'**estensione** del n. di giorni di permessi lavorativi riconosciuti per i disabili, per far fronte all'emergenza Covid- 19) (**da allegare se ricorre il caso**);

☐ Copia del Codice IBAN del Conto Corrente/Carta bancario o postale intestato o cointestato con il beneficiario/genitore del minore, esclusi i libretti postali e bancari (**da allegare obbligatoriamente**).

Con la sottoscrizione dell'istanza si dichiara, altresì, di essere a conoscenza e di accettare le norme e le condizioni stabilite dal bando e delle disposizioni normative vigenti in materia, nonché di aver preso visione del modulo allegato al bando pubblico inerente l'informativa sulla privacy ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 e del Codice in materia protezione dei dati personali.

Domusnovas, li _____

Firma _____