



COMUNE DI DOMUSNOVAS  
(Provincia del Sud Sardegna)

Tipo Protocollo: Arrivo  
n. **0000310** del **08-01-2018**  
alle ore **13:56:48**

Categoria:7 - Classe:12 - Sottoclasse:1

**COMUNE DI DOMUSNOVAS**  
**PROVINCIA SUD SARDEGNA**  
Piazza Caduti di Nassirya  
Tel. 0781/70771 – 70811  
Fax. 0781/1861212

C.A.P. 09015

C.F. 00483310926

\*\*\*\*\*

## **MODULISTICA PIANI PERSONALIZZATI L.162/98.**

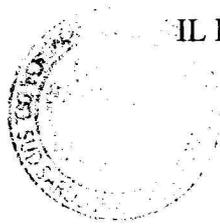
Si comunica che a far data dal 09/01/2018 è disponibile presso l'Ufficio Servizi Sociali la modulistica necessaria per la compilazione della richiesta per i piani personalizzati che decorreranno dal **01/05/2018 fino al 31/12/2018**.

La suddetta documentazione dovrà essere **presentata improrogabilmente**, presso **l'ufficio Servizi Sociali, entro e non oltre la data del 15/02/2018** nei seguenti giorni:

**MARTEDI'** dalle ore 16.00 alle ore 18.00

**MERCOLEDI' e VENERDI'** dalle ore 10.00 alle ore 12.00.

Domusnovas, 08/01/2018



IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO SOCIALE

GIUSEPPE MATZEI

f.to Matzei

**DOMANDA PER LA PRESENTAZIONE PIANO PERSONALIZZATO L. R. N. 162/98**

Al Responsabile del Servizio Sociale  
Comune di Domusnovas

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_

codice fiscale

in qualità di

destinatario del piano

Oppure di

genitore  coniuge  figlio  amministratore di sostegno  tutore  altro (specificare)

\_\_\_\_\_ della persona destinataria del piano

**CHIEDE**

Che venga predisposto, per l'anno 2018, un piano personalizzato di sostegno ai sensi della L. 162/98 per i portatori di handicap grave in possesso della L. 104/92

in suo favore

in favore del/la Sig/ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a DOMUSNOVAS, via \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

codice fiscale

**Al tal fine dichiara:**

Che il disabile per il quale viene presentata richiesta è in possesso della certificazione di handicap grave ai sensi della L. 104/92 , art. 3 comma 3 riconosciuta entro il 31/12/2017:

decreto definitivo

decreto temporaneo: scadenza il \_\_\_\_\_

decreto temporaneo: revisione il \_\_\_\_\_

Di aver già presentato un piano personalizzato negli anni precedenti  SI  NO

(Barrare con una croce la casella)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si allega la seguente documentazione:

- Fotocopia conforme all'originale comprovante la certificazione di handicap grave ai sensi della L. 104/92, art. 3 comma 3, riconosciuta entro il 31/12/2017;
- Fotocopia del documento d'identità in corso di validità e codice fiscale del dichiarante e del referente del piano.
- eventuale copia del decreto di nomina tutore/amministratore di sostegno
- Attestazione dell'ISEE 2018 per prestazioni socio sanitarie non residenziali, rilasciata successivamente al 15/01/2018 ;
- Allegato B - Scheda salute compilata dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta e/o altro medico di struttura pubblica che abbia in carico il paziente
- Allegato C – Scheda Sociale (da compilarsi successivamente)
- Allegato D – Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante gli emolumenti percepiti nell'anno 2017

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. N. 196 del 30/06/2003 (Codice della privacy), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici automatizzati, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, per cui presta il suo consenso al trattamento dei dati personali sensibili necessari per lo svolgimento della pratica della Legge 162/98.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**N.B. scadenza per la presentazione della domanda: 28/02/2018**

## ALLEGATO B

### SCHEDA SALUTE

(da compilarsi a cura del Medico di Medicina Generale o Medico di struttura pubblica o Medico convenzionato)

Per l'attribuzione dei punteggi relativi ai bambini da 0 a 3 anni occorre considerare solo le voci significative per l'età del bambino (es. attribuire punteggio "0" alla voce "è capace di vestirsi o spogliarsi da solo?" se anche i bambini non disabili della stessa età non ne sono capaci, come per il parlare, mangiare, camminare, fare il bagno da solo, ecc.)

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sesso: \_\_\_\_\_

Residente in: \_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_ n.: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Data di rilascio certificazione L. 104/92 art. 3 comma 3: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Diagnosi: \_\_\_\_\_

#### AREA A: Sensi e linguaggio

##### 1. Presenta compromissione della capacità visiva e non correggibile da protesi?

0. Non presenta alcuna compromissione della capacità visiva
1. Presenta una parziale compromissione della capacità visiva (decimista)
2. Presenta una marcata compromissione della capacità visiva (ventesimista)
4. Presenta una totale compromissione della capacità visiva (cieco assoluto)

##### 2. È in grado di distinguere e reagire coerentemente a voci, suoni, rumori?

0. Sì
2. Parzialmente
3. Per nulla

##### 3. È in grado di reagire coerentemente alle sollecitazioni di natura tattile? (es. E' ipo/ipersensibile alle stimolazioni sensoriali)?

0. Sì
2. Parzialmente
3. Per nulla

##### 4. È in grado di parlare correttamente e coerentemente in modo comprensibile da terzi non familiari?

0. Sì, è in grado (Espressione verbale soddisfacente)
2. Alcune volte (L'articolazione della parola è molto difficoltosa, quasi incomprensibile)
4. No, non è mai in grado (Non vocalizza per niente o vocalizza per attirare l'attenzione su di sé)

#### AREA B: Esecuzione delle attività quotidiane

Vestirsi e svestirsi

##### 5. È capace di vestirsi e di spogliarsi da solo/a? Cioè di prendere i vestiti o il pigiama, di indossarli e toglierli?

0. È completamente autonomo nel vestirsi e svestirsi: non ha mai bisogno del minimo aiuto
1. Collabora, ma ha bisogno di aiuto o di supervisione
2. Va completamente assistito/a in tutto (Es. tetraplegico, focomelico, disabile intellettivo grave)

## Alimentazione

### 6. Mangia senza bisogno di aiuto?

0. Sì, è completamente autonomo
1. Necessita di aiuto parziale (per le operazioni più difficili quali tagliare, sbucciare)
2. Assistenza ed aiuto sono sempre necessari, va aiutato in tutto e va imboccato

### 7. Per l'alimentazione necessita di particolare somministrazione dei pasti e preparazione dei cibi a causa di problemi di masticazione, deglutizione, digestione?

0. No, non necessita di somministrazione, preparazione particolare dei cibi
1. Necessita di parziale somministrazione, preparazione dei cibi (si nutre con liquidi e cibi molli, qualche volta mangia cibi solidi)
2. Sì, necessita di totale preparazione particolare dei cibi (Si nutre solo con liquidi e con cibi molli che digerisce con grande lentezza)

## Locomozione

### 8. Riguardo alla locomozione:

0. E' completamente autonomo nel camminare, nella locomozione
1. L'andatura è instabile
2. L'andatura è molto instabile, usa degli appoggi
3. Necessita di aiuto personale solo negli spostamenti più impegnativi (ad es. scendere le scale, entrare o uscire dal letto)
4. Necessita di aiuto personale anche per fare pochi passi
5. Non è in grado di deambulare autonomamente, neppure con la massima assistenza; o si muove sempre autonomamente in carrozzina
6. Si muove sempre in carrozzina con accompagnatore. Oppure presenta iperattività costante (da autismo e/o da sindromi collegate)
7. E' allettato

## Orientamento spaziale

### 9. E' in grado di orientarsi nell'ambiente circostante in autonomia?

0. Sì, è in grado di orientarsi
1. E' incerto
2. No, non è in grado di orientarsi

## Prensione e manualità

### 10. Riesce a individuare, afferrare, mantenere e manipolare gli oggetti?

0. Con sicurezza
1. Parzialmente
2. Non riesce nell'esecuzione di operazioni manuali complesse
4. Non vi riesce per niente

## Igiene personale, continenza

### 11. È capace di fare il bagno da solo/a, lavarsi, sistemarsi?

0. Sì, è completamente autonomo/a nell'igiene personale
1. Deve essere aiutato/a o assistito/a parzialmente
2. Deve essere aiutato/a in tutto, necessita di assistenza completa

### 12. Ha incontinenza urinaria?

0. Mai
1. Talvolta
2. Sempre

### 13. Possiede il controllo degli sfinteri?

0. Possiede il controllo completo
1. Possiede il controllo parziale
2. Non possiede per nulla il controllo sfinterico

## AREA C: Vita di relazione

Reazioni emotive, comunicazione, comprensione

**14. Esprime ed attua sentimenti, atteggiamenti e comportamenti adeguati e consoni alle situazioni ambientali e ai contesti sociali (ad esempio non esprime e non attua atteggiamenti/comportamenti di autodifesa da pericoli, o comportamenti stereotipati, o di auto/etero aggressività, ecc.)?**

- 0. Sì
- 1. Parzialmente e con difficoltà
- 2. Per nulla

**15. Riesce sempre a farsi capire dagli altri e a far capire cosa vuole nei rapporti interpersonali? (farsi capire/far capire = indicare, descrivere, spiegare, precisare, comprendere)**

- 0. Sì
- 1. Parzialmente e con difficoltà
- 3. Per nulla

Memoria, Orientamento Temporale, Concentrazione

**16. Ha il senso dell'orientamento temporale?**

- 0. Sì
- 1. Parzialmente
- 2. No

**17. È in grado di mantenere l'attenzione e la concentrazione rispetto ad un dato compito/attività?**

- 0. Sì
- 1. Parzialmente
- 2. No

**18. E' in grado di ricordare in modo da poter svolgere e gestire le attività quotidiane in autonomia?**

- 0. Sì
- 1. Parzialmente
- 2. No

**PUNTEGGIO TOTALE \_\_\_\_\_**

**Il Medico**  
*(Timbro e firma)*

\_\_\_\_\_

**CERTIFICAZIONE PER PREDISPOSIZIONE PIANO PERSONALIZZATO AI  
SENSI DELLA L. 162/98 – ANNO 2018**

**MEDICO COMPILATORE:**

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_

**DESTINATARIO PIANO PERSONALIZZATO L. 162/98**

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_

**HANDICAP GRAVE (barrare la voce che interessa):**

- ✓ Congenito     SI     NO  
✓ Insorto entro i 35 anni per patologia acquisita     SI     NO

**TIMBRO, DATA E FIRMA DEL MEDICO COMPILATORE**

\_\_\_\_\_

## SCHEMA SOCIALE

(In base alla normativa vigente qualunque dichiarazione mendace comporta sanzioni penali, nonché l'esclusione dal finanziamento del progetto e l'eventuale rimborso delle somme indebitamente percepite. La Regione si riserva di effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni)

La compilazione della presente scheda compete all'assistente sociale in collaborazione con il destinatario del piano o l'incaricato della tutela o titolare della patria potestà o amministratore di sostegno

COMUNE DI \_\_\_\_\_ CODICE UTENTE \_\_\_\_\_

## DESTINATARIO DELL'INTERVENTO

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sesso \_\_\_  
 Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_  
 Domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_  
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Il destinatario ha già realizzato un progetto L. 162/98? SI  NO

Reddito ISEE del nucleo familiare: euro \_\_\_\_\_,00

Provvidenze percepite dal destinatario del piano (vedasi allegato D): totale annuo: \_\_\_\_\_,00

1. Età del disabile: \_\_\_\_\_

Data rilascio L. 104/1992, art. 3 comma 3: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data accert. art. 3, c. 3 L. 104/1992: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Handicap grave congenito o insorto entro i 14 anni per patologia acquisita:  SI  NO

## 2. Servizi fruiti settimanalmente dal destinatario del piano

Il periodo di riferimento per il calcolo delle ore effettive di servizi fruiti è l'anno 2017

Nei servizi fruiti non dovranno essere indicati i servizi erogati con i fondi della L. 162/98, l'assistenza scolastica di base stabilita e garantita per legge dalla L. 104/92, né i servizi pagati privatamente e interamente dalle famiglie. L'elenco dei servizi fruiti nella tabella sotto riportata è a titolo puramente esemplificativo ma non esaustivo di tutti i possibili servizi che, se non riportati in elenco, dovranno essere cumulati e le relative ore riportate nell'ultima riga della tabella (altri servizi fruiti).

Servizio fruito	Soggetto erogatore	n. ore settimanali	n. settimane annuali
Inserimento socio lavorativo, servizio civile			
Asilo nido			
Scuola materna			
Corsi di formazione			
Fisioterapia			
Assistenza domiciliare erogata dai enti pubblici o da associazioni regolarmente convenzionate			
Assistenza domiciliare integrata			
Frequenza centri diurni (ANFFAS, Alzheimer, ecc.)			
Ricovero, soggiorno e/o accoglienza in struttura pubblica o privata			
Frequenza Centri di aggregazione sociale comunali			
Trasporto			
Altri servizi fruiti (sport terapia, ecc.)			

Numero ore settimanali di servizi fruiti \_\_\_\_\_ (media annua)

Sono da sommare come ore settimanali di servizi fruiti le ore di asilo nido, di scuola materna, di corsi di formazione, di assistenza domiciliare erogati da enti pubblici (Comuni, PLUS, ecc.) o da associazioni regolarmente convenzionate con enti pubblici, le ore di assistenza domiciliare integrata, le ore di assistenza in centri diurni, le ore di ricovero e/o soggiorno e/o accoglienza presso strutture pubbliche o private e le ore di sport terapia fruiti con programmi finanziati dalla regione. Nel caso in cui il disabile interessato al finanziamento svolga attività lavorativa le ore di lavoro effettive verranno calcolate come servizi fruiti solo se fanno parte di un progetto di inserimento socio lavorativo o lavori socialmente utili. Eventuali altri servizi aggiuntivi dovranno essere cumulati e le relative ore riportate nell'ultima riga della tabella sotto riportata (altri servizi fruiti).

### 3. Carico assistenziale familiare

Ore giornaliere di cura dedicate dai familiari alla persona con disabilità: \_\_\_\_\_

Indicare quante ore il disabile grave è totalmente assistito dai familiari.

(ad esempio se si tratta di un disabile che va a scuola, bisognerà indicare il numero di ore giornaliere ottenute sottraendo alle 24 ore della giornata le ore di frequenza scolastica; analogamente si dovrà fare per gli altri servizi fruiti)

Composizione del nucleo familiare:

Cognome	Nome	Età	Relazione di Parentela	numero di ore giornaliere di assistenza dedicate alla persona con disabilità
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Dal carico assistenziale familiare, massimo 24 ore al giorno, dovranno essere detratte le ore di frequenza scolastica, di asilo nido, di scuola materna, di corsi di formazione, di lavoro effettuate (lavoro autonomo, lavoro dipendente o reinserimento socio lavorativo), di assistenza domiciliare erogate da enti pubblici (Comuni, PLUS, ecc.) o da associazioni regolarmente convenzionate con enti pubblici, le ore di assistenza domiciliare integrata, le ore di assistenza in centri diurni, le ore di ricovero in strutture pubbliche o private e tutte le altre ore in cui la persona con disabilità non è a carico della famiglia (es. colonia estiva, trasporto, sport terapia ecc.).

Dovranno essere detratte altresì le ore di permesso dal lavoro, fruiti dai familiari nonché da parenti o affini entro il terzo grado, conviventi, previste dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992 per assistenza alla persona con disabilità.

Il periodo di riferimento per il calcolo delle ore effettive di carico assistenziale familiare è l'anno 2017.

Non vanno in detrazione del carico assistenziale familiare le ore dei servizi fruiti con gli interventi programmati nel progetto predisposto ai sensi della L. 162/98.

L'elenco dei della tipologia di carico assistenziale (servizi fruiti) che riducono il carico familiare elencati nella tabella sotto riportata è a titolo puramente esemplificativo ma non esaustivo di tutti i possibili servizi che riducono il carico assistenziale familiare. Eventuali altri servizi aggiuntivi dovranno essere cumulati e le relative ore riportate nell'ultima riga della tabella sotto riportata (altri servizi fruiti).

Carico Assistenziale	Soggetto erogatore	n. ore settimanali	n. settimane annuali
Lavoro			
Frequenza scolastica			
Asilo nido			
Scuola materna			
Corsi di formazione			
Fisioterapia			
Assistenza domiciliare erogata dal enti pubblici o da associazioni regolarmente convenzionate			
Assistenza domiciliare integrata			
Frequenza centri diurni (ANFFAS, Alzheimer, ecc.)			
Permesso dal lavoro per L. 104/92, art. 33 comma 3			
Ricovero, soggiorno e/o accoglienza in struttura pubblica o privata			
Frequenza Centri di aggregazione sociale comunali			
Trasporto			
Altri servizi fruiti (sport terapia, ecc.)			

Ore giornaliere effettive di carico familiare \_\_\_\_\_ (media annua)

#### 4. Particolari situazioni di disagio

- 10 punti = compresenza di più persone con disabilità grave nello stesso nucleo familiare che presentano il piano personalizzato;
- 6 punti = persone con disabilità grave che vivono sole
- 4 punti = persone con disabilità grave che vivono con soli familiari di età superiore ai 75 anni o persone con disabilità grave che vivono con familiari affetti da gravi patologie da documentare con la certificazione di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento.
- 3 punti = famiglie con persona con disabilità grave a carico dove è presente un solo genitore o, in assenza di genitori, un familiare convivente;
- 1 punto = presenza nel nucleo familiare di altri figli sotto i tre anni.

I punteggi relativi a particolari situazioni di disagio sono cumulabili fino ad un massimo di 11 punti.

#### 5. Obiettivi del progetto e risultati attesi

*Descrizione degli obiettivi che si intendono perseguire in termini di alleggerimento del carico assistenziale familiare, inserimento e integrazione sociale, miglioramento della qualità della vita e dei risultati attesi per la persona e la famiglia nella concreta realizzazione del progetto*

---



---



---



---



---



---



---



---

## 6. Tipologia di intervento richiesto

Indicazione e descrizione degli interventi che si propone di attivare per il raggiungimento degli obiettivi secondo le diverse tipologie previste:

- A. servizio educativo
- B. assistenza personale e/o domiciliare
- C. accoglienza presso centri diurni o centri diurni integrati
- D. soggiorno per non più di 30 giorni nell'arco dell'anno in strutture residenziali autorizzate
- E. attività sportive e/o di socializzazione

## 7. Situazione economica

La valutazione della capacità economica del nucleo familiare, al fine della compartecipazione al costo delle prestazioni sociali è effettuata attraverso l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE), in riferimento al nucleo familiare di appartenenza secondo i criteri specificati nel DPCM 4.04.2011, n. 242, emanato in attuazione degli artt. 1 comma 3, e 2 comma 3 del D. Lgs 31 marzo 1998 n. 109, come modificato dal D. Lgs 3 maggio 2000, n. 130.

Dovrà quindi essere presentato a corredo del piano il modello ISEE del nucleo familiare che rimane agli atti degli uffici comunali per i successivi riscontri. In caso di mancata presentazione del modello ISEE sarà applicata l'aliquota massima di riduzione o di compartecipazione.

L'applicazione dell'ISEE consente di adeguare la modalità di servizio e la sua contribuzione alla reale situazione familiare e si prevede, per casi particolari accertati dal Comune, un'eventuale contribuzione del Comune stesso.

## 8. Gestione

Diretta

*(la realizzazione del piano è gestita dal comune di residenza del destinatario del piano)*

Indiretta

*(la realizzazione del piano è affidata alla famiglia)*

Specificare se il servizio è realizzato attraverso l'assunzione diretta di un operatore in base al CCN di lavoro domestico o attraverso una convenzione con un libero professionista o cooperative/associazioni operanti nel settore. Per ciascun piano, sia in gestione diretta sia indiretta, deve essere acquisita e custodita dal Comune, per successivi riscontri, la documentazione contabile finanziaria dei servizi erogati.

## 9. Piano di spesa

Per gli interventi di tipo A., B., e C. il piano di spesa deve essere articolato in base al numero di ore settimanali ed annuali di assistenza con specificazione del numero degli operatori impiegati e della loro qualifica professionale.

Le spese previste nel progetto personalizzato devono essere rendicontate e tutta la documentazione deve essere verificata dal Comune come spesa ammissibile e custodita nella pratica per riscontri successivi.

**Costo totale del piano: euro \_\_\_\_\_,00**

**L'Assistente Sociale del Comune**

**Il Dirigente responsabile del Servizio**

\_\_\_\_\_  
**Il destinatario del piano o l'incaricato della tutela  
o titolare della patria potestà o amministratore di sostegno**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

Nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.)

Residente a \_\_\_\_\_ ( ) in via \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.) (indirizzo)

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

In qualità di

destinatario del piano

o

incaricato della tutela

o

titolare della patria potestà

o

amministratore di sostegno

della persona destinataria del piano:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

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

**DICHIARA**

che le informazioni riportate nei punti della Scheda Sociale – Allegato C

**1. Età del disabile**

**2. Servizi fruiti settimanalmente dal destinatario del piano**

**3. Carico assistenziale familiare**

**4. Particolari situazioni di disagio**

controfirmata anche dal sottoscritto e le relative certificazioni presentate sono veritiere.

Dichiaro di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96, i dati personali da me forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

Il destinatario del piano o l'incaricato della tutela  
o titolare della patria potestà o amministratore di sostegno

\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza dell'Assistente Sociale del Comune (che ha compilato la Scheda Sociale – Allegato C).

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.)

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.) (indirizzo)

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

In qualità di:

- destinatario del piano  
o  
 incaricato della tutela  
o  
 titolare della patria potestà  
o  
 amministratore di sostegno della persona destinataria del piano:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

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

**DICHIARA**

- che la persona destinataria del piano ha percepito nell'anno 2017 i seguenti emolumenti:

1-Pensione Invalidità civile	Importo annuale € _____
2-Indennità di frequenza	Importo annuale € _____
3-Indennità di accompagnamento	Importo annuale € _____
4-Assegno sociale	Importo annuale € _____
5-Pensioni o indennità INAIL	Importo annuale € _____
6-Indennità o pensione per causa di guerra o servizio	Importo annuale € _____
7-Assegni mensili continuativi erogati dalla Regione per particolari categorie di cittadini:	
- L.R. n. 27/83 – Provvidenze a favore dei talassemici, degli emofilici e degli emolinfopatici maligni	Importo annuale € _____
- L.R. n. 11/85 – Provvidenze a favore dei nefropatici	Importo annuale € _____
- L.R. n. 20/97 – Provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche	Importo annuale € _____
- L.R. n. 9/2004 – Provvidenze a favore di persone affette da neoplasie maligne	Importo annuale € _____
8-Altri contributi da Comuni e Aziende ASL	Importo annuale € _____

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

9- Altro (specificare) _____	Importo annuale € _____
_____	Importo annuale € _____
_____	Importo annuale € _____
_____	Importo annuale € _____

Dichiaro di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96, i dati personali da me forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

Il destinatario del piano o l'incaricato della tutela  
o titolare della patria potestà o amministratore di sostegno

\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 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 dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.