

**MODULISTICA PER PIANI NUOVI IN POSSESSO DI CERTIFICAZIONE  
DI HANDICAP GRAVE ALLA DATA DEL 31/03/2023**

Al Responsabile del Servizio  
Comune di Domusnovas

**Termini di presentazione istanza: dal 18/01/2023 al 07/04/2023 (termine perentorio)**

**OGGETTO: DOMANDA PER LA PRESENTAZIONE PIANO PERSONALIZZATO  
LEGGE N. 162/98 – ANNO 2023.**

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 **2023**, 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, certificata al 31/03/2023:

- ☐ decreto definitivo
- ☐ decreto temporaneo: scadenza il \_\_\_\_\_ (il richiedente si impegna a consegnare tempestivamente copia del verbale di revisione aggiornato entro 10 giorni dal rilascio da parte del servizio territorialmente competente);
- ☐ decreto temporaneo: revisione il \_\_\_\_\_ (il richiedente si impegna a 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 (allegare obbligatoriamente copia della delega utilizzando l'apposito modulo);

☐ 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/Pec:

Con la sottoscrizione dell'istanza si dichiara, altresì, di essere a conoscenza e di accettare le norme e le condizioni stabilite dal bando nonché dalle disposizioni normative vigenti in materia.

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 \_\_\_\_\_

Si allega alla presente (**barrare obbligatoriamente le caselle relative alla documentazione da allegare all'istanza**):

- ☐ Fotocopia conforme all'originale comprovante la certificazione di handicap grave ai sensi della L. 104/92, art. 3 comma 3;
- ☐ Fotocopia del documento d'identità in corso di validità e codice fiscale del dichiarante e della persona delegata;
- ☐ Attestazione ISEE 2023;
- ☐ Eventuale copia del decreto di nomina Tutore/Amministratore di Sostegno;
- ☐ 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;
- ☐ 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;
- ☐ Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà - Allegato D - attestante gli emolumenti percepiti nell'anno 2022;
- ☐ 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 fruite (non dovrà essere indicata l'estensione del n. di giorni di permessi lavorativi riconosciuti per i disabili, per far fronte all'emergenza Covid- 19);
- ☐ Copia del Codice IBAN del Conto Corrente/Carta bancario o postale intestato o cointestato con il beneficiario/genitore del minore (sono esclusi i libretti postali e bancari).