

DA PRESENTARE ENTRO IL 09 MARZO 2018

Al Responsabile del Servizio Sociale
del Comune di Genoni

Richiesta predisposizione piano personalizzato di sostegno Legge n° 162/98

Il/la Sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il _____ residente a _____ CAP _____

Via _____ n. _____ Tel. _____

Cell. _____ .

Codice Fiscale _____

In qualità di

- Destinatario del piano;
- Delegato;
- Incaricato della tutela;
- Genitore;
- Amministratore di sostegno;
- Tutore

CHIEDE

di predisporre un piano personalizzato ai sensi della L.162/98 in favore di:

_____ nato/a a _____

Il _____ residente in Genoni in Via _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____ .

Codice Fiscale _____

DICHIARA

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000

1. Di essere a conoscenza che sui dati dichiarati ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000 nel caso di erogazione di una prestazione sociale agevolata, potranno essere eseguiti controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite, dalla Guardia di Finanza, presso gli istituti di credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi dell'art. 4, c. 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109 e art. 6 c. 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221 e successive modificazioni potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata e nei confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze;
2. Di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. Lgs. 196 del 30 giugno 2003 che i propri dati personali e i dati sensibili raccolti verranno trattati, anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento e nello svolgimento delle funzioni istituzionali nei limiti stabiliti dalla legge e dai regolamenti per la quale la presente dichiarazione viene resa per cui presta il suo consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

- Fotocopia del verbale riconoscimento art. 3, comma 3 della Legge 104/92;
- Certificazione sanitaria rilasciata dal medico di medicina generale su apposita scheda;
- Attestazione ISEE 2018;
- Attestazione relativa agli emolumenti percepiti nell'annualità 2017.

- Fotocopia di un documento d'identità in corso di validità e del codice fiscale del destinatario del piano, del richiedente o di eventuale delegato;
- Eventuale fotocopia del decreto di nomina di tutore o Amministratore di Sostegno rilasciato dal competente Tribunale;
- Eventuale certificazione sanitaria attestante l'invalidità di altri componenti il nucleo familiare.
- Eventuale certificazione attestante la fruizione dei familiari conviventi del disabile di permessi lavorativi concessi ai sensi della L. 104/92, in cui venga specificato il soggetto erogatore (datore di lavoro) e delle ore settimanali e mensili fruiti nel corso del 2017;
- Eventuale delega alla riscossione dei rimborsi spettanti e alla gestione del piano personalizzato;
- Codice IBAN per accreditamento.

_____ li _____

(1) _____

Località

data

(firma leggibile del richiedente)

NOTE: (1) La firma deve essere apposta dal beneficiario i cui dati risultano sul presente modulo in presenza dell'impiegato addetto alla ricezione se consegnata personalmente o, se inviata per posta o consegnata da altra persona può essere apposta precedentemente, ma in questo caso deve essere allegata alla presente fotocopia di un documento di identità valido.