|  |  |
| --- | --- |
| LOGO FLUSSIO | **Comune di Flussio**  Provincia di Oristano  Tel. 0785/34805  Pec: [servsociali@pec.comune.flussio.or.it](mailto:servsociali@pec.comune.flussio.or.it)  Mail: [servizisociali@comune.flussio.or.it](mailto:servizisociali@comune.flussio.or.it) |

**Scadenza 31.03.2021**

**RICHIESTA PREDISPOSIZIONE PIANO PERSONALIZZATO DI SOSTEGNO AI SENSI DELLA L. 162 DEL 21.05.1998**

**DAL 1° MAGGIO AL 31 DICEMBRE 2021**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE AI SENSI DEL DPR 445/2000**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dati Richiedente** |  | Il/La sottoscritto/a nato/a a Prov. il  residente a Prov. CAP in Via  Codice Fiscale |

Consapevole che le informazioni riportate nella presente istanza, comprensive degli allegati, corrispondono al vero e sono accertabili ai sensi dell’art. 43 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 ovvero documentabili su richiesta delle amministrazioni competenti;

Consapevole della decadenza dai benefici e delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione non veritiera, di formazione e di uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445

**CHIEDE**

* In suo favore ☐ in favore del/la proprio/a [[1]](#footnote-2)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dati Del Titolare L. 104/92 Art. 3 Comma 3**  **(Se Diverso Dal Richiedente)** |  | Cognome e Nome nato/a a Prov**.** il  residente a Prov. CAP in Via  Codice Fiscale |

# di predisporre ed inoltrare, presso l’Assessorato Regionale Igiene e Sanità e Assistenza Sociale, il Piano Personalizzato di sostegno a favore del suddetto portatore di handicap riconosciuto disabile grave ai sensi dell’art. 3, comma 3, Legge 104/92 e pertanto di essere convocato per collaborare alla stesura del Piano.

**A TAL FINE DICHIARA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dati Sanitari** | Data di rilascio Certificazione L. 104/92, art. 3 comma 3:   * Definitiva ☐ con rivalutazione il * Handicap grave congenito o sopravvenuto prima del compimento   dei 35 anni d’età: ☐ SI ☐ NO |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dati Situazione Economica** | N. identificativo ISEE  Data rilascio Data scadenza Valore ISEE euro ***ALLEGARE ISEE SOCIO SANITARIO 2021***  La persona destinataria del Piano percepisce e seguenti emolumenti e/o pensioni:   * Invalidità Civile € mensili per n. mesi * Indennità di accompagnamento € mensili per n. mesi * Indennità di frequenza € mensili per n. mesi * Altro [[2]](#footnote-3) € mensili per n. mesi |
| **Recapiti Per Eventuali Comunicazioni** | Tel./Cell  Nome Cognome |
| ***Allegati*** | * *Certificazione dello Stato di Handicap Grave di cui all’articolo 3, comma 3, della L. n. 104/1992 posseduta entro e non oltre il 31 Marzo 2021.* * *Certificazione ISEE 2021 (ISEE socio-sanitario).* * *Allegato B - Modulo Scheda Salute (da far compilare al proprio Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di libera scelta o altro Medico di Struttura Pubblica)* |

**IMPORTANTE**: Il/La sottoscritto/a dichiara di essere disponibile a presentarsi presso l’Ufficio Servizi Sociali per la compilazione della **SCHEDA SOCIALE (previo appuntamento telefonico) entro e non oltre il 31.03.2021**

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, 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 richiedente all'ufficio competente tramite un incaricato oppure a mezzo posta

# Flussio,

Firma Del Dichiarante

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

Il Comune di Flussio, con sede in Flussio, Via Nazionale 43, email: [com.fluss@tiscali.it](mailto:com.fluss@tiscali.it) , pec [protocollo@pec.comune.flussio.or.it](mailto:protocollo@pec.comune.flussio.or.it) , tel: 9785 34805, 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.

IN ALTERNATIVA

Il conferimento dei dati di cui alla presente modulistica è obbligatorio ed il loro mancato inserimento comporterà l’applicazione delle disposizioni sanzionatorie espressamente previste dalla vigente normativa.

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 SIPAL srl, con sede a Cagliari nella Via San Benedetto, 60 – Tel: 070/42835 – email: [dpo@sipal.sardegna.it](mailto:dpo@sipal.sardegna.it) – pec: sipalpostacertificata@pec.sipal.sardegna.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)

1. *Padre, madre, figlio/a, fratello, sorella, nipote* [↑](#footnote-ref-2)
2. *specificare* [↑](#footnote-ref-3)