



## COMUNE DI SAN NICOLÒ D'ARCIDANO

Provincia di Oristano

Piazza della Liberta 1 – C.A.P. 09097- TEL 078388213-88051- FAX 0783 88741- P.I.V.A. 00070950951

[www.comune.sanicolodarcidano.or.it](http://www.comune.sanicolodarcidano.or.it)

**Ufficio dei Servizi Sociali**

# MODULO DI DOMANDA PER L'AMMISSIONE AI PIANI PERSONALIZZATI AI SENSI DELLA LEGGE

**162/98.**

**ANNO 2026**

BENEFICIARIA/O \_\_\_\_\_

LA RICHIESTA DEVE ESSERE LETTA ATTENTAMENTE E COMPILATÀ IN OGNI SUA PARTE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

In qualità di

destinatario del piano

*oppure*

incaricato della tutela

titolare della potestà genitoriale

amministratore di sostegno

familiare referente (indicare il rapporto di parentela) \_\_\_\_\_

altro \_\_\_\_\_

del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

**di poter usufruire dei benefici (Piano Personalizzato di Sostegno) previsti dalla legge 162/98:**

in suo favore

*oppure*

in favore di \_\_\_\_\_

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

San Nicolò d'Arcidano (OR) in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

domiciliato a (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali per le dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000:

di essere o che il beneficiario diretto è stato riconosciuto portatore di handicap in condizione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 5 maggio 1992, n. 104;

che trattasi di

nuovo piano

rinnovo di piano personalizzato tutt'ora in corso

- di essere a conoscenza del fatto che l'Amministrazione comunale, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000, potrà disporre controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di dichiarazioni mendaci, potrà procedere alla revoca dei benefici eventualmente concessi.

Allega alla presente:

- copia documento d'identità in corso di validità e del codice fiscale del beneficiario e del dichiarante se diverso dal beneficiario;
- copia verbale di riconoscimento dello stato di handicap grave ai sensi della legge 104/92 art. 3 comma 3, in corso di validità;
- copia certificazione ISEE 2025 per prestazioni socio-sanitarie riferita ai redditi prodotti nell'anno 2023 o Dichiarazione Sostitutiva Unica;
- scheda salute compilata dal medico di medicina generale o medico di struttura pubblica o medico convenzionato;
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà relativamente alla situazione reddituale.

San Nicolo D'Arcidano lì, \_\_\_\_\_

Firma

---

## INFORMATIVA

(articolo 13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 e artt.13-14 del Regolamento UE 2016/679 (RGPD)

### TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Tutti i dati personali trasmessi saranno trattati esclusivamente per le finalità di gestione della presente procedura e verranno utilizzati, anche con modalità automatizzate, per tale scopo nel rispetto di quanto previsto agli artt. 13-14 del Regolamento UE 2016/679 (RGPD) i dati personali conferiti con la domanda saranno trattati con modalità prevalentemente informatiche e telematiche, per le finalità previste dallo stesso Regolamento, in particolare per l'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri, ivi incluse le finalità di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici. Il conferimento dei dati è obbligatorio e il loro mancato inserimento nella domanda di partecipazione al concorso non consente di dar corso al procedimento. I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario all'esecuzione della presente procedura e saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. I dati non saranno comunicati a terzi né diffusi, se non nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea ed indicati nell'informativa dettagliata. I dati personali potrebbero essere comunicati anche ad altre Amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale.

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 (artt. 15 e ss. del RGPD) Titolare del trattamento dei è IL COMUNE DI San Nicolò d'Arcidano.

Responsabile della protezione dei dati è: Soluzione srl – Via G. Oberdan 140 – [info@entionline.it](mailto:info@entionline.it); soluzione@legalmail.it Referente RDP: Nadia Corà – [consulenza@entionline.it](mailto:consulenza@entionline.it)

Consenso del concorrente: Acquisite le sopra riportate informazioni, con la presentazione della domanda di partecipazione al concorso, il concorrente prende atto ed acconsente espressamente al trattamento dei dati personali come sopra definito.

### CONSENSO

Al trattamento da parte del titolare e del responsabile sopra indicati, dei dati personali per le finalità e con le modalità sopra descritte.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### Controllo dichiarazioni sostitutive (articolo 71 del D.P.R. 445/2000)

Il/La dichiarante è soggetto/a alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (articolo 76 del D.P.R. 445/2000). Qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante decade dai benefici (concessione contributo) eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000).

Le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà sono sottoscritte dall'interessato/a in presenza del dipendente addetto alla ricezione ovvero sottoscritte e inviate all'ufficio competente, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del/della dichiarante, via fax o tramite un incaricato o a mezzo posta o per via telematica. Se il documento di identità non è più valido l'interessato deve dichiarare, nella fotocopia dello stesso, che i dati in esso contenuti non hanno subito variazioni dalla data di rilascio. Le istanze e le dichiarazioni inviate per via telematica sono valide se sottoscritte mediante la firma digitale o quando il/la sottoscrittore/trice è identificato/a dal sistema informatico con l'uso della carta di identità elettronica (articolo 38 del D.P.R. 445/2000).

### IL SOTTOSCRITTO

Dichiara di aver preso visione della informativa sopra riportata e di essere informato del fatto che l'Ente ricevente la presente dichiarazione sostitutiva attiverà i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese, ai sensi dell'art.71 del D.P.R.445/2000, e delle conseguenze penali derivanti da dichiarazioni non veritiera.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_