



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.sannicolodarcidano.or.it

Ufficio dei Servizi Sociali

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

162/98.

ANNO 2025

BENEFICIARIA/O _____

LA RICHIESTA DEVE ESSERE LETTA ATTENTAMENTE E COMPILATA 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; soluzione@legalmail.it Referente RDP: Nadia Corà – 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 veritiere.

Data _____

Firma _____