

Da presentare all'Ufficio Protocollo entro e non oltre il **02 APRILE 2021**.

**Istanza di predisposizione del Piano Personalizzato di sostegno a favore di persone in situazione di handicap grave. L. 162/98, art. 3 comma 3 lettera C) da attuarsi nel 2021.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ in qualità di:

- richiedente;**
- familiare** \_\_\_\_\_;
- tutore o amministratore di sostegno;**
- altro** \_\_\_\_\_.

**CHIEDE**

**La predisposizione del Piano Personalizzato ai sensi della L.162/98:**

- Per se stesso;**
- Per il/la sig./sig.ra:** \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a Villaspeciosa in via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

A tal fine, ai sensi del D.P.R. N. 445/2000 e ss.mm.ii.,

**DICHIARA**

- Che il proprio nucleo familiare è così composto:  
n. \_\_\_\_\_ persone, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- di cui n. \_\_\_\_\_ disabili, in possesso del riconoscimento di handicap grave ai sensi della L. 104/92, art. 3 comma 3;
- Che la condizione di disabilità grave, ai sensi dell'art.3 comma 3 della L.104/92, è stata riconosciuta entro il 31.03.2021.

Dichiara, inoltre, di acconsentire al trattamento dei dati personali per le finalità di cui alla presente richiesta, ai sensi di quanto previsto dal Decreto Legislativo 30 Giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni ed integrazioni.

**ALLEGA ALLA PRESENTE I SEGUENTI DOCUMENTI:**

- 1) Copia del verbale definitivo di riconoscimento dell'handicap in situazione di gravità, ai sensi della Legge n.104/1992, art.3 comma 3;
- 2) Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del destinatario del piano personalizzato;
- 3) Certificazione ISEE redatto secondo le disposizioni di cui all'art. 6 DPCM n. 159/2013 e secondo il disposto normativo di cui alla Legge n. 89 del 26 maggio 2016, art. 2-sexies;
- 4) Scheda Salute, da compilarsi a cura del Medico di Base. Per i Piani in corso, solo ove necessario.
- 5) Allegato D, "DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'" relativo ai redditi esenti IRPEF e provvidenze eventualmente percepite dal beneficiario del piano;
- 6) Allegato F "Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti l'eventuale fruizione, da parte di uno o più familiari del disabile, di permessi lavorativi retribuiti ai sensi

della Legge 104/92”, con la specificazione del soggetto erogatore (datore di lavoro), delle ore settimanali e annuali e del numero di settimane fruito;

- 7) Per i tutori o amministratori di sostegno: fotocopia del decreto di nomina in corso di validità;
- 8) certificazione sanitaria attestante l’eventuale compresenza in famiglia di altri componenti del nucleo familiare affetti da grave patologia.

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_