

Al Comune di Mogorella  
Ufficio Servizi Sociali

**OGGETTO: LEGGE N. 162 DEL 21 MAGGIO 1998. PIANI PERSONALIZZATI DI SOSTEGNO IN FAVORE DELLE PERSONE CON HANDICAP GRAVE ART. 3 COMMA 3, LEGGE 104/92**

**RICHIESTA PROSECUZIONE PIANO IN CORSO PER L'ANNO 2024**

(con decorrenza di rinnovo dal 1° maggio 2024).

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in  
Via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di:

- Destinatario del Piano                       Titolare della potestà genitoriale                       Incaricato della tutela
- Amministratore di sostegno (*allegare copia del decreto di nomina in corso di validità*)
- Altro familiare /affine/delegato (indicare il grado di parentela)

*In possesso di delega alla presentazione del Piano da parte del destinatario da allegare alla suddetta istanza*

## CHIEDE

Che venga data prosecuzione al Piano Personalizzato di sostegno ai sensi della L. 162/98 in corso con rinnovo da attuarsi dal 1° maggio 2024 in favore di:

- se stesso  
 proprio congiunto

Nome e cognome \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
grado di parentela \_\_\_\_\_ residente a Mogorella in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_;

## A TAL FINE

*Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm.ii., la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 77 del medesimo D.P.R. n. 445/2000*

## DICHIARA

*(barrare la voce che interessa)*

- Che** il destinatario del piano è in possesso della certificazione di handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge n° 104/92;
- Che** il destinatario del piano è in possesso della certificazione di handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge n° 104/92 con aggiornamento del verbale avvenuto da Maggio 2023 al 31.03.2024 (allegare);
- Di aver preso visione del bando;
- Che **non intende** aggiornare la scheda sociale compilata assieme all'assistente sociale per l'annualità 2024; OPPURE  
Che **intende aggiornare** la scheda sociale compilata assieme all'assistente sociale per l'annualità 2024

## Allegato G alla Determinazione R.S. n. 49 del 30.01.2024

- 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;

A tal fine **allega obbligatoriamente alla presente:**

- Certificazione ISEE 2024** aggiornata ai sensi della L. 89 del 26.05.2016 art. 2 sexies e del Decreto interministeriale n. 146 del 01.06.2016 ( ISEE per prestazioni socio-sanitarie ai sensi dell'art. 6 del DPCM 159/2013).
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante gli emolumenti non soggetti a IRPEF** percepiti nell'anno 2023 (**Allegato D**);
- Delega presentazione Istanza e documentazione (allegato E)**

A tal fine **allega EVENTUALMENTE, SE NECESSARI alla presente:**

- Copia del verbale di certificazione** attestante il riconoscimento dell'handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge n° 104/92 modificato alla data del 31.03.2024;
  - Solo in caso di aggravamento delle condizioni di salute: Scheda Salute (Allegato B)** debitamente compilata e sottoscritta dal Medico di Medicina Generale o pediatra di libera scelta e/o altro medico della struttura pubblica o medico convenzionato che ha in cura la persona con disabilità – gli eventuali costi sono a carico del richiedente;
  - Per i tutori e gli amministratori di sostegno:** fotocopia del decreto di nomina in corso di validità ( solo se nuova nomina/ modifica) ;
  - Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti l'eventuale fruizione, da parte di uno o più familiari conviventi del disabile, di permessi lavorativi retribuiti ai sensi della Legge m. 104/92, con la specificazione del soggetto erogatore (datore di lavoro), delle ore settimanali e annuali e del numero di settimane fruito (**Allegato C**);
  - Solo per i destinatari del piano di età uguale o superiore ai 35 anni nel caso di handicap grave congenito o comunque insorto prima dei 35 anni dovrà essere presentato l'**Allegato F** compilato dal Medico di Medicina Generale o dal Medico di struttura pubblica o dal Medico convenzionato che ha in cura il paziente;
- Mogorella, \_\_\_\_\_ (Firma del richiedente) \_\_\_\_\_

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

Il Comune di Mogorella, con sede in Mogorella, Via Risorgimento n. 16, email: [protocollo@comune.mogorella.or.it](mailto:protocollo@comune.mogorella.or.it), pec: [comune.mogorella.or@legalmail.it](mailto:comune.mogorella.or@legalmail.it), tel: 0783 45423, 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 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).

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 Liguria Digitale S.p.A., con sede a Genova nella Via Mellen, 77 – Tel: 010/65451 – email: [info@liguriadigitale.it](mailto:info@liguriadigitale.it) – pec: [protocollo@pec.liguriadigitale.it](mailto:protocollo@pec.liguriadigitale.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)