



PLUS DI OLBIA
UFFICIO PER LA PROGRAMMAZIONE
E GESTIONE ASSOCIATA DEI SERVIZI ALLA PERSONA
Comune Capofila Olbia (OT)
Via Capoverde n. 2 - Zona Industriale - c/o Delta Center
Tel. 0789/52080 – Fax 0789/52349

Al COMUNE DI BERCHIDDA

*Ufficio Servizi Sociali,
Piazza del Popolo 5
07022 - Berchidda*

Richiesta attivazione intervento a favore di persone in condizioni di disabilità gravissima.

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ () in via _____ n. _____ piano _____

Tel. _____ C.F. _____

Indirizzo di posta elettronica: _____

CHIEDE

PER SE / OVVERO PER _____ (*indicare la relazione parentale*)

Cognome e nome _____

nato/a _____ il _____ residente a Berchidda via _____

_____ n. _____ piano _____ c.f. _____

Telefono _____

Allega i seguenti documenti:

- Verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o altra certificazione di cui all'art 3 DPCM n.159/2013;
- Certificazione medica specialistica e scala di valutazione (vedi allegato) di struttura pubblica o privata accreditata che dimostri una delle condizioni previste dall'avviso ;
- ISEE socio sanitario con validità dell'anno in corso;
- La dichiarazione (vedi allegato) di essere o non essere beneficiario di altri interventi assistenziali regionali nel 2019;
- copia del documento di identità del richiedente e del beneficiario

N. B. leggere e sottoscrive l'informativa sul trattamento dei dati, nell'ultima pagina

Berchidda li _____

Il/La Richiedente

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

in qualità di genitore/ tutore/ amministratore di sostegno del minore/familiare del/della signor

_____ nato a _____ il _____

residente ad Berchidda in via _____

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

- Di non essere** beneficiario di altri interventi assistenziali regionali attivi nel 2019 finanziati dal fondo regionale per la non autosufficienza ;
- Di essere** beneficiario di altri interventi assistenziali regionali attivi nel 2019 finanziati dal fondo regionale per la non autosufficienza e più precisamente (*barrare il caso interessato*)
 - L. 162/98 con punteggio scheda salute pari a _____;
 - Progetto “ ritornare a casa”;

Leggi di settore rivolte a particolari categorie di cittadini e rimborso quote sociali quali :

- L.R. 11/85 indennità a favore dei nefropatici ;
- L.R.27/83 indennità a favore dei talassemici emolinfopatici;
- L.R.12/2011 art 18 comma 3 a favore dei trapiantati di cuore, pancreas, fegato ;
- L.R. 20/97 provvidenze a favore degli infermi di mente e dei minorati psichici

Dichiara, altresì, che quanto sopra indicato corrisponde a verità e di essere a conoscenza che il Comune di Olbia potrà accertarne la veridicità ai sensi di quanto previsto all'art. 71 del DPR 445/2000.

Data _____

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

in qualità di genitore/ tutore/ amministratore di sostegno del minore/familiare del/della signor

_____ nato a _____ il _____

residente ad Berchidda in via _____

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

- Che l'indicatore della situazione economica equivalente, di cui all'attestazione ISEE rilasciata nell'anno in corso è pari a € _____;

Dichiara, altresì, che quanto sopra indicato corrisponde a verità e di essere a conoscenza che il Comune di Olbia potrà accertarne la veridicità ai sensi di quanto previsto all'art. 71 del DPR 445/2000.

Data _____

Firma

INFORMAZIONE E ACCESSO AI DATI PERSONALI

Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.

Il/ La sottoscritto/a _____ esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Olbia li

Firma per accettazione
