



COMUNE DI SCANO DI MONTIFERRO

DOMANDA PER LA CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO PER LA REALIZZAZIONE DEI PIANI
PERSONALIZZATI IN FAVORE DI PERSONE CON HANDICAP GRAVE (Legge 21 maggio 1998 N.
162) – **ANNUALITA' 2014 DA ATTUARSI NEL 2015** (scadenza 21 AGOSTO 2015)

Il/la sottoscritt _____
nato/a _____ (Prov. _____) il _____ e residente
a _____ in Via _____ Nr. _____
Tel./Cell. _____ C.F.: _____

CHIEDE

di beneficiare del contributo specificato nell'oggetto.

A TAL FINE DICHIARA

Di essere in possesso della certificazione ex Legge 5 maggio 1992, N. 104 (art 3. comma 3) che attesta lo stato
di grave disabilità

OPPURE

- TUTORE**
- CURATORE**
- AMMINISTRATORE SI SOSTEGNO**
- DELEGATO**
- ALTRO**

del Sig./ra _____ nato/a _____ (Prov. _____)
il _____ e residente a _____ (Prov. _____)
in Via _____ Nr. _____ Tel./Cell. _____
C.F.: _____ beneficiario della L. 104/92 (art. 3, comma 3)

che la certificazione di cui all'art. 3, comma 3 della L. 104/92, è stata rilasciata in data _____

- Il/la sottoscritto/a è consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti o uso di atti falsi, oltre alle
sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. N. 445/2000, **l'Amministrazione provvederà alla revoca dei benefici**

eventualmente concessi, come previsto dall'art. 75 D.P.R. N. 445/2000, nonché di quanto previsto dall'art. 71, comma 3 D.P.R. N. 445/200, in merito al contestuale consenso prestato dal dichiarante, con la presente, al controllo della corrispondenza di quanto dichiarato, con le risultanze dei dati custoditi dalla competente amministrazione Pubblica.

- Il dichiarante è informato che il trattamento dei dati personali forniti avviene nel rispetto di quanto sancito dall'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2007 N. 196 "*Codice in materia di protezione dei dati personali*"

Allegati:

- **copia certificazione L. 104/92 (art. 3, comma 3) posseduta al 31.12.2014 e in corso di validità;**
- **certificazione ISEE socio sanitario 2015 (redditi anno 2014) ;**
- **Allegato B alla Delib n. 48/46 del 11/12/2012 debitamente compilato e sottoscritto a cura del Medico di Medicina Generale o da altro medico della struttura pubblica che ha incarico il paziente**
- **Allegato D alla Delib. N. 48/46 del 11/12/2012 (dichiarazione Sostitutiva dell'atto di notorietà sottoscritto dal destinatario del piano e dall'incaricato della tutela o titolare della patria potestà o amministratore di sostegno.**
- **Fotocopia del documento di identità del richiedente**

Scano M., li _____

Il dichiarante

Il Funzionario incaricato

N.B.: La dichiarazione può essere sottoscritta in presenza del dipendente addetto a riceverla ovvero sottoscritta e trasmessa, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'Ufficio competente.