



COMUNE DI ONANI'

Servizi Sociali

**Alla c.a. Ufficio Servizi Sociali
del Comune di Onani**

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) – **GESTIONE 2026.**

Il/la sottoscritt _____

nato/a _____ (Prov. _____) il _____ e

residente a _____ in Via _____ Nr. _____

Tel/Cell. _____ C.F.: _____

☐ **PER SÉ MEDESIMO**

Oppure in qualità di

☐ **TUTORE**

☐ **CURATORE**

☐ **AMMINISTRATORE SI SOSTEGNO**

☐ **DELEGATO**

☐ **ALTRO** _____

Del/la 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)

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

- Che la certificazione di cui all'art. 3, comma 3 della L. 104/92, è stata rilasciata in data _____;
- Che il proprio nucleo familiare, ovvero il nucleo familiare del destinatario del piano di sostegno è così composto:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Parentela

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 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Allegati:

- ☐ **copia certificazione L. 104/92 (art. 3, comma 3) stato di gravità (per i nuovi piani certificata al 31/03/2024);**
- ☐ **Certificazione ISEE 2026 come previsto dalla DPCM 159/2013, art. 6 (ISEE ORDINARIO/RISTRETTO) per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria);**
- ☐ **Fotocopia Carta d'Identità e Codice Fiscale;**
- ☐ **Allegato B – Scheda Salute debitamente compilato e sottoscritto a cura del Medico di Medicina Generale;**
- ☐ **Allegato C - Scheda Sociale comprensive delle dichiarazioni sostitutive di cui agli allegati C-1, (da compilare presso l'Ufficio Servizi Sociali);**
- ☐ **Allegato C-2 – Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà;**
- ☐ **Allegato D – (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 con indicazione dei redditi esenti IRPEF percepiti nell'anno 2024.**

Onani, lì _____

Il dichiarante
