**Scadenza 15.03.2021**

# Richiesta RIVALUTAZIONE Piano Personalizzato di Sostegno

**ai sensi della L. 162 del 21.05.1998 dal 1° maggio al 31 dicembre 2021**

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE AI SENSI DEL DPR 445/2000

|  |  |
| --- | --- |
| **1****dati richiedente** | Il/La sottoscritto/a nato/a a Prov**.** il residente a Prov. CAP in Via  |
|  | Codice Fiscale |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Consapevole che le informazioni riportate nella presente istanza, comprensive degli allegati, corrispondono al vero e sono accertabili ai sensi dell’art. 43 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 ovvero documentabili su richiesta delle amministrazioni competenti;*

*Consapevole della decadenza dai benefici e delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione non veritiera, di formazione e di uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445*

# CHIEDE

In qualità di:

* **TITOLARE di Piano personalizzato L. 162/98**
* **FAMILIARE1 di titolare di Piano personalizzato L. 162/98**

|  |  |
| --- | --- |
| **2****dati del titolare L. 104/92 art. 3 Comma 3 (se diverso dal richiedente)** | Cognome e Nome nato/a a Prov**.** il residente a Prov. CAP in Via  |
|  | Codice Fiscale |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

al competente Ufficio di Servizio Sociale la RIVALUTAZIONE dello stesso Piano da inoltrare presso l’Assessorato Regionale Igiene e Sanità e Assistenza Sociale

A tal fine **DICHIARA**

1 *Coniuge, padre, madre, figlio/a, fratello, sorella, nipote, amministratore di Sostegno*

|  |  |
| --- | --- |
| **3****Dati situazione economica** | N. identificativo ISEE Data rilascio Data scadenza Valore ISEE euro ***ALLEGARE ISEE***La persona destinataria del Piano percepisce e seguenti emolumenti e/o pensioni:* Invalidità Civile € mensili per n. mesi
* Indennità di accompagnamento € mensili per n. mesi
* Indennità di frequenza € mensili per n. mesi
* Altro 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

€ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mensili per n. mesi |

|  |  |
| --- | --- |
| **4****Recapiti per eventuali comunicazioni** | Tel./Cell Nome Cognome  |

|  |  |
| --- | --- |
| **5****Allegati** | * **Certificazione ISEE 2021** (**ISEE socio-sanitario**).
* **Allegato B -** Modulo Scheda Salute *(da far compilare al proprio Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di libera scelta o altro Medico di Struttura Pubblica)*
 |

**IMPORTANTE**: Il/La sottoscritto/a dichiara di essere disponibile a presentarsi presso l’ufficio Servizi Sociali per la compilazione della **SCHEDA SOCIALE (entro e non oltre il 15.03.2021)**

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del richiedente all'ufficio competente tramite un incaricato oppure a mezzo posta

Sindia,

Firma del dichiarante

*IMPORTANTE: firmare anche autorizzazione trattamento dati*

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

Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Sindia, web: www.comune.sindia.nu.it.

Data Protection Officer – Responsabile Protezione Dati: Avv.Danilo Vorticoso, telefono 078570223, email: studiovorticoso@libero.it.

Si informa Si informa l'interessato che i suoi dati personali verranno trattati nel rispetto dei principi di finalità, liceità, minimizzazione, esattezza, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza.

Il trattamento potrà avvenire utilizzando supporti cartacei e/o informatici e/o telematici.

Il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale e comunque un interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri al quale è soggetto il Titolare del trattamento.

La comunicazione dei dati personali da parte dell'interessato ed il consenso al loro successivo trattamento è libera e facoltativa ed un eventuale rifiuto comporta per l'Amministrazione l'impossibilità di procedere alla verifica dei requisiti e, conseguentemente, di poter erogare il servizio richiesto.

L'interessato potrà in qualsiasi momento, esercitare i diritti:

* di richiedere maggiori informazioni in relazione ai contenuti della presente normativa;
* di accesso ai dati personali;
* di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguardano;
* di opporsi al trattamento;
* alla portabilità dei dati;
* di revocare il consenso, ove previsto: la revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso conferito prima della revoca;
* di proporre reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy);
* di dare mandato a un organismo, un'organizzazione o un'associazione senza scopo di lucro per l'esercizio dei suoi diritti;
* di richiedere il risarcimento dei danni conseguenti alla violazione della normativa.

I dati raccolti dall'Ente saranno trattati per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata, e successivamente conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

Qualora il Titolare del trattamento intenda trattare ulteriormente i dati personali per una finalità diversa da quella per cui essi sono stati raccolti, prima di tale ulteriore trattamento verranno fornite informazioni in merito a tale diversa finalità e ogni ulteriore informazione pertinente.

L'interessato potrà esercitare i propri diritti contattando il Titolare del trattamento e/o il Data Protection Officer – Responsabile Protezione Dati.

**Sindia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

####  Il Richiedente

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *Firma per esteso e leggibile*