**Scadenza 31.03.2023**

**AL Comune DI Sindia**

**SERVIZI SOCIALI**

# Richiesta RIVALUTAZIONE Piano Personalizzato di Sostegno ai sensi della L. 162 del 21.05.1998 dal 1°maggio al 31 dicembre 2023

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

# CHIEDE

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

In qualità di:

* **TITOLARE di Piano personalizzato L.162/98**
* **FAMILIARE1di titolare di Piano personalizzato L.162/98**

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

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

A tal fine **DICHIARA**

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi dei Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

* CHE LA SCHEDA SALUTE DEL BENEFICIARIO È RIMASTA INVARIATA;

OPPURE

* CHE LA SCHEDA SALUTE DEL BENEFICIARIO È STATA MODIFICATA (ALLEGA COPIA);
* IL BENEFICIARIO È STATO RIVALUTATO DALLA COMMISSIONE ASL NEL 2022 ED È QUINDI IN POSSESSO DI UN NUOVO VERBALE DI RICONOSCIMENTO ART.3 CO. 3 L.104/92 (ALLEGARE COPIA);

|  |  |
| --- | --- |
| **3**  **Dati situazione economica** | N. identificativo ISEE Data rilascio Data scadenza Valore ISEE euro ***ALLEGAREISEE***  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 * Altro2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mensili per n. mesi |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **5**  **Allegati** | * **SOLO SE RINNOVATO: FOTOCOPIA DEL VERBALE ATTESTANTE LA CONDIZIONE DI PORTATORE DI HANDICAP GRAVE AI SENSI DELLA LEGGE 104/92 ART. 3 COMMA 3 POSSEDUTA ENTRO IL 31/03/2021;** * **CERTIFICAZIONE ISEE 2023;** * **SOLO SE RINNOVATO: ALLEGATO B (SCHEDA SALUTE) IN ORIGINALE, COMPILATO, DATATO E SOTTOSCRITTO DAL MEDICO DI MEDICINA GENERALE O DA ALTRO MEDICO SPECIALISTA DI STRUTTURA PUBBLICA CHE HA IN CARICO IL PAZIENTE;** * **Allegato C scheda sociale** |

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.

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.

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

Data ProtectionOfficer – Responsabile Protezione Dati: Avv.Claudia Marras, telefono 3483187212, email: avv.claudiamarras@gmail.com.

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 ProtectionOfficer – Responsabile Protezione Dati.

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

#### Il Richiedente

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

*Firma per esteso e leggibile*