

Allegato 1

**P.L.U.S. - Ambito Territoriale Distretto di Siniscola**

**Comune Di Siniscola**

**Provincia di Nuoro**

**Ufficio di Piano - Distretto di Siniscola**

**Via Straullu, snc - 08029 Siniscola (NU) - Tel. 0784/870879-858**

**e-mail: [ufficioplusiniscola@tiscali.it](mailto:ufficioplusiniscola@tiscali.it) pec: [ufficiodipiano@pec.comune.siniscola.nu.it](mailto:ufficiodipiano@pec.comune.siniscola.nu.it)**

**All'ente gestore dell'ambito PLUS di Siniscola**

**per il tramite del Comune di \_\_\_\_\_**

**Richiesta Predisposizione Progetto Personalizzato. "Programma "Ritornare a casa Plus"**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**Chiede che venga predisposto un progetto personalizzato a favore di:**

Sé stesso

Il /La Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n.  
\_\_\_\_\_  
n. CAP \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_

Richiesta prima annualità

Richiesta nuova valutazione UVT

**A TAL FINE DICHIARA**

- di beneficiare dell'indennità di accompagnamento, di cui alla Legge 11 febbraio 1980, n. 18 o di rientrare nella definizione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013;
- di essere in possesso del Verbale di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'articolo 3 comma 3 della legge 5 febbraio 1992 n.104;

- di non beneficiare della legge 162/98;
- di beneficiare della legge 162/98 con un punteggio scheda salute pari a \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso di un'attestazione ISEE sociosanitario in corso di validità è pari a €\_\_\_\_\_.

A tal fine, si rende disponibile, fin d'ora, a fornire l'ulteriore documentazione necessaria, nonché i necessari chiarimenti, per l'istruttoria della pratica.

**Allega la seguente documentazione:**

- verbale di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o altra certificazione di cui all'allegato 3 del DPCM n.159 del 2013. Se al momento della presentazione della domanda l'interessato non ha ancora ricevuto il verbale che attesti il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento, la relativa domanda può essere presentata con riserva di integrazione;
- certificazione medica specialistica rilasciata da specialista pubblico, convenzionato o libero professionista che dimostri una delle condizioni sanitarie (schede ministeriali e regionali in ragione delle patologie e condizione di accesso);
- Fotocopia del documento di identità del beneficiario e del richiedente;
- Attestazione ISEE 2025 in corso di validità.

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il beneficiario individuato nella presente scheda, informato sull'utilizzo dei propri dati personali sociali e sanitari, acconsente al trattamento dei dati propri da parte dell'Ambito Territoriale Sociale n.12 e dei Servizi Sociali del Comune di residenza, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

SI

NO

**Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000**

Il sottoscritto è consapevole del fatto che, ai sensi dell'art. 76 del DPR n°445/2000, in caso di mendace dichiarazione verranno applicate nei suoi riguardi le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti, oltre alle conseguenze amministrative previste per le procedure relative agli appalti di servizi, forniture, lavori.

**Luogo** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_