

COMUNE DI ACICATENA
RICHIESTA DI PIANO PERSONALIZZATO (D.A. n.76/2014)

Il/la sottoscritt _____ Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ prov. _____ il _____ Residente a _____ in
Via _____ n. _____ tel. o cellulare _____

Codice Fiscale																				
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nella qualità di :

- 1) beneficiario diretto
- 2) familiare
- 3) altro _____

CHIEDE

la definizione del progetto personalizzato ai sensi della legge 162/98 a favore di
_____ nato/a a _____ prov. _____ il
_____ residente ad Acicatena in Via _____ n _____
Medico di base/pediatra _____ Tel. _____

Codice Fiscale																				
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

finalizzato alle seguenti attività di assistenza domiciliare:

- autonomia personale
- correlazione con il mondo esterno
- attività espressive ed occupazionali

A tal fine, ai sensi dell'art.46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- 1) il possesso di certificazione dello stato di Handicap grave (art. 3 comma 3 della legge 104/92) in corso di validità;
- 2) che la composizione del nucleo familiare del beneficiario del progetto personalizzato è la seguente:

N.	Cognome e Nome	Data di Nascita	Codice Fiscale	Grado Parentela ¹
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

¹ indicare la relazione di parentela: padre, madre, figlio, nipote, cugino, ecc.

3) essere in possesso di attestazione ISEE ed ISE del nucleo familiare relativo ai redditi percepiti nell'anno 2012 pari rispettivamente ad € _____ (ISEE) e ad € _____ (ISE)

Nel caso di accettazione del contributo da parte della Regione Siciliana, si impegna a sottoscrivere, ai sensi della disposizioni e dei valori contenuti nella Carta Costituzionale, agli articoli 2, 3, 32, 38, 117 e 118, delle norme presenti all'interno del Codice Civile, articoli da 433 a 448, relative agli "Alimenti", e del Codice Penale agli articoli 570 "Violazione degli obblighi di assistenza familiare" e 591 "Abbandono di Persone Incapaci", il patto socio assistenziale e a produrre al Comune di Acicatena la documentazione valida attinente alle spese ammesse alla rendicontazione del progetto personalizzato, nonché a informare tempestivamente il Comune in merito ad ogni variazione sopraggiunta alla presente autocertificazione.

Allega copia del Documento di Identità in corso di validità

Firma del richiedente

Informativa di cui all'art. 13 del d.lgs n. 196/2003

Titolare del trattamento è il Comune di Acicatena . I dati forniti sono utilizzati solo ed esclusivamente per le finalità strettamente connesse all'attività dell'Ente Locale, ed in particolare per lo svolgimento del presente procedimento.

Per poter partecipare allo stesso il conferimento dei dati è obbligatorio; il mancato conferimento dei dati richiesti comporta l'esclusione dalla partecipazione al programma in argomento.

La conservazione dei dati avviene tramite archivi cartacei e/o informatici.

I dati possono essere comunicati esclusivamente agli altri uffici comunali e non vengono in alcun modo diffusi.

Resta salva la normativa del diritto di accesso agli atti amministrativi di cui alla Legge 241 del 7 agosto 1990 e successive modificazioni ed integrazioni.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ (_____) il _____
Residente a _____ (_____) in via _____
Telefono _____

Codice Fiscale																				
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nella qualità di :

- 1) beneficiario diretto
- 2) familiare di disabile
- 3) altro _____

di _____ nato a _____ il _____
(nome e cognome di beneficiario del progetto personalizzato)

Codice Fiscale																				
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

- che il beneficiario del Progetto Personalizzato _____ ha percepito nell'anno 2013 i seguenti emolumenti:

- 1- Indennità di frequenza Importo annuale € _____
- 2- Indennità di accompagnamento Importo annuale € _____
- 3- Altro (specificare)

_____ Importo annuale € _____
_____ Importo annuale € _____
_____ Importo annuale € _____
_____ Importo annuale € _____

Dichiaro di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96, i dati personali da me forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo e data)

Il Dichiarante

Allega copia del Documento di Identità in corso di validità