

**COMUNE DI PUTIFIGARI**  
**UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

P.zza Boyl n°6/8 - 07040 PUTIFIGARI (SS) Telefono 079905023

PEC: [protocollo.putifigari@legalmail.it](mailto:protocollo.putifigari@legalmail.it) EMAIL: [comune.putifigari@tiscali.it](mailto:comune.putifigari@tiscali.it)

**MODULO DI DOMANDA PER LA PREDISPOSIZIONE PIANO PERSONALIZZATO DI SOSTEGNO IN FAVORE DI PERSONE CON HANDICAP GRAVE. L.162/98. PROGRAMMA 2021 GESTIONE 2022.**

**UFFICIO SERVIZI SOCIALI  
ALLA C.A. DEL RESPONSABILE DEI  
SERVIZI SOCIALI**

**DEL COMUNE DI PUTIFIGARI**

Piazza Boyl, n°9 - 07040 Putifigari (SS)

**OGGETTO:** Richiesta predisposizione piano personalizzato di sostegno in favore di persone con handicap grave. L.162/98. PROGRAMMA 2021 GESTIONE 2022.

Barrare tutte le voci che interessano

☐ **NUOVO PIANO**                      ☐ **RINNOVO**

Il/La \_\_\_\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/residente a Putifigari, in Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_  
numero Tel/ Cell.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Email \_\_\_\_\_

Codice fiscale :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

in qualità di:

☐ **destinatario del piano personalizzato ai sensi della L.162/98 .**

Oppure

☐ **titolare della potestà genitoriale;**

☐ **amministratore di sostegno della persona destinataria del piano personalizzato ai sensi della L.162/98 ;**

☐ **tutore;**

☐ **familiare di riferimento (indicare il rapporto di parentela) \_\_\_\_\_  
della persona destinataria del piano personalizzato L.162/98.**

**CHIEDE**

**Che venga predisposto un piano personalizzato di sostegno in favore di persona con handicap grave ai sensi della ai sensi della L.162/98 - PROGRAMMA 2021 GESTIONE 2022**

☐ **in suo favore**

☐ **in favore del/della Sig./ra \_\_\_\_\_**

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/residente a Putifigari, in Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

numero Tel/ Cell.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Email \_\_\_\_\_

Codice fiscale :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

### CONSAPEVOLE

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

### DICHIARA

- il possesso del requisito della condizione di handicap grave ai sensi dell'art.3 comma. 3 della L.104/92 posseduta entro il **31 MARZO 2022.**

- di scegliere per il proprio piano personalizzato la seguente **Figura professionale** (Barrare la figura che interessa):

☐ educatore professionale (laurea)

☐ figura generica

☐ figura specializzata(OSS)

☐ attività ricreativa (piscina)

- che in favore del destinatario del piano:

☐ **E'** stato nominato un tutore o amministratore di sostegno;

☐ **NON E'** stato nominato un tutore o amministratore di sostegno;

☐ **E'** in corso la procedura di nomina del tutore/amministratore di sostegno;

che la propria famiglia anagrafica risulta così composta:

| Nome e Cognome | Luogo di nascita | Data di nascita | Rapporto di parentela |
|----------------|------------------|-----------------|-----------------------|
|                |                  |                 |                       |
|                |                  |                 |                       |
|                |                  |                 |                       |
|                |                  |                 |                       |

☐ Che all'interno del nucleo anagrafico del destinatario del piano sono presenti ulteriori familiari in gravi e documentate condizioni di salute, come da certificati medici allegati.

Nominativo \_\_\_\_\_

A tal fine allega all'istanza la seguente documentazione:

1. ☐ copia del certificato della commissione medico-legale attestante il riconoscimento della condizione di handicap grave L.104/92 art. 3 comma 3°:

- ☐ decreto definitivo
- ☐ decreto temporaneo con scadenza il \_\_\_\_\_;
2. ☐ Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante gli emolumenti percepiti nell'anno 2021 (allegato D);
3. ☐ Attestazione ISEE 2022 per prestazioni socio sanitarie;
4. ☐ Delega predisposizione piano;
5. ☐ Copia del provvedimento del Tribunale di nomina di tutore o amministratore di sostegno (DA PRESENTARE OBBLIGATORIAMENTE);
6. ☐ Fotocopia del documento d'identità in corso di validità del destinatario del piano e del richiedente

7. ☐ Scheda salute (allegato B) :

**7.A - solo per i nuovi beneficiari:** debitamente compilata e sottoscritta a cura del medico di base;

**7.B - per gli utenti in essere:** possono aggiornare la scheda salute (**allegato B**), sempre a cura del medico di base, qualora la situazione sanitaria, sia variata rispetto all'annualità 2021.

8. ☐ per gli utenti in essere e in proroga periodo Gennaio/Aprile 2022 è necessario a corredo dell'istanza:

- ☐ **copia** contratto con cooperativa di riferimento **periodo Gennaio/Aprile 2022**

O

- ☐ copia contratto con lavoratore e denuncia Inps per il periodo **Gennaio/Aprile 2022** per coloro che:
- **il contratto con il lavoratore sia terminato il 31/12/2021**
- **e/o è avvenuta una nuova assunzione con lavoratore diverso da quello assunto nel 2021)**
- **per tutti gli altri compilare il fac- simile contratto proroga periodo Gennaio/Aprile 2022**

## DICHIARA

**Di voler ricevere l'eventuale contributo concesso mediante la seguente modalità :**

- ☐
- accredito sul conto corrente bancario o postale intestato a proprio nome

[illegible]

| Luogo | ,data | Firma |
|-------|-------|-------|
|-------|-------|-------|

**DICHIARA INOLTRE**

Di aver ricevuto e preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 (G.D.P.R.), relativo alla protezione del dato personale

## CONSENSO TRATTAMENTO DATI

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiara di avere ricevuto, letto ed approvato l'informativa in materia di trattamento dei dati personali di seguito riportata, di averne recepito i principi nonché di aver appreso i propri diritti e la modalità con cui potranno essere fatti

valere nell'ambito del trattamento dei propri dati personali e con la sottoscrizione esprime liberamente, manifestamente ed inequivocabilmente il proprio consenso al trattamento medesimo con le modalità e per le finalità di cui all' informativa ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003.

Luogo \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

*Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000 le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto notorio da produrre agli organi della Amministrazione Pubblica devono essere sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritte e inviate insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite incaricato, oppure a mezzo posta.*

---

N.B. In caso di mancata presentazione del modello ISEE sarà applicata l'aliquota massima di riduzione del finanziamento(80%). L'inosservanza dei termini d'integrazione dell'altra documentazione mancante comporta l'esclusione dalla predisposizione del progetto.

## **Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 (G.D.P.R.), relativo alla protezione del dato personale**

Il **Comune di Putifigari**, in qualità di **titolare del trattamento dei dati personali** dei propri utenti nell'espletamento dei compiti, dei servizi e delle funzioni tipiche della Pubblica Amministrazione, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR 2016/679"), recanti disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti, rispetto al trattamento dei dati personali

### **Informa**

che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta lo scrivente Comune.

### **Finalità del trattamento**

I dati personali da Lei forniti vengono raccolti e trattati nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

### **Natura del conferimento**

Il conferimento dei dati personali suoi e di eventuali suoi collaboratori è necessario per poter procedere alla erogazione dei servizi richiesti. L'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporterebbe l'impossibilità di erogare o di erogare correttamente i servizi da Lei richiesti.

### **Modalità di trattamento e conservazione**

Il Comune riceve, conserva, comunica, raccoglie, registra e tratta i dati personali degli utenti che siano strettamente necessari al corretto svolgimento dei compiti attribuiti alla Pubblica Amministrazione, nel rispetto del principio di legalità, legittimità, correttezza e trasparenza.

Le categorie dei dati trattati comprendono i dati anagrafici, e possono anche comprendere dati sanitari, dati patrimoniali ed ogni altro dato personale rilevante per l'adempimento del servizio comunale specificamente esercitato.

Il trattamento dei dati degli utenti dei servizi comunali può essere effettuato sia attraverso supporti cartacei, sia attraverso modalità automatizzate atte a memorizzarli, gestirli e trasmetterli, ed avverrà mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza, tramite l'utilizzo di idonee procedure che evitino il rischio di perdita, accesso non autorizzato, uso illecito e diffusione. Inoltre, tali dati saranno trattati per tutto il tempo necessario allo svolgimento del servizio specificamente richiesto, e potranno successivamente essere conservati se funzionali ad altri servizi.

### **Diritti dell'interessato**

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del Codice Privacy e degli artt. 15-22 del GDPR 2016/679, il diritto di chiedere in ogni momento al Comune l'accesso ai propri dati personali, la rettifica degli stessi qualora non siano veritieri, nonché la loro cancellazione. Potrà poi chiedere la limitazione del trattamento che La riguarda, e potrà opporsi allo stesso laddove sia esercitato in modo illegittimo. L'apposita istanza relativa all'esercizio dei sopracitati diritti potrà essere presentata al Titolare del trattamento o al Responsabile alla protezione dei dati designato, ai recapiti sotto indicati.

### **Titolare del trattamento dei dati personali:**

**Comune di Putifigari**, con sede in Putifigari, email: [comune.putifigari@tiscali.it](mailto:comune.putifigari@tiscali.it)

- pec: [protocollo.putifigari@legalmail.it](mailto:protocollo.putifigari@legalmail.it) - Tel. 079905023.

### **Responsabile della Protezione dei dati (RPD) (Art. 13.1.b Regolamento 679/2016/UE)**

Il Comune ha nominato come Data Protection Officer (DPO) o Responsabile Protezione Dati (RPD) l'Avv. Alessandra Sebastiana Etzo contattabile inviando una mail a [dpo@unioneoros.it](mailto:dpo@unioneoros.it).