



**COMUNE DI AGGIUS**  
**(Provincia di Olbia Tempio)**

Via P. Paoli 39 – 07020 tel. 079 620339 – fax 079 620288

E mai: [protocollo@comuneaggius.gov.it](mailto:protocollo@comuneaggius.gov.it) - [sociale@comuneaggius.gov.it](mailto:sociale@comuneaggius.gov.it)

**SERVIZIO SOCIO - ASSISTENZIALE**

AL SERVIZIO SOCIALE  
COMUNE AGGIUS

DOMANDA PER LA CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO PER LA REALIZZAZIONE DEI  
PIANI PERSONALIZZATI IN FAVORE DI PERSONE CON HANDICAP GRAVE (Legge 21  
maggio 1998 N. 162) – **ANNUALITA'** \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
Nr. \_\_\_\_\_ Tel/Cell. \_\_\_\_\_  
C.F.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di beneficiare del contributo specificato nell'oggetto

**A TAL FINE DICHIARA**

Di essere in possesso della certificazione ex Legge 5 maggio 1992, N. 104 (art 3. comma 3) che attesta lo stato di grave disabilità

**OPPURE, in qualità di**

- **TUTORE**
- **CURATORE**
- **AMMINISTRATORE SI SOSTEGNO**
- **DELEGATO**
- **ALTRO**

del Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
recapito Tel./Cell. \_\_\_\_\_

C.F.: \_\_\_\_\_ beneficiario della L. 104/92 (art. 3, comma 3);

**DICHIARA**

**che la certificazione di cui all'art. 3, comma 3 della L. 104/92, è stata rilasciata in data  
\_\_\_\_\_;**

- Il/la sottoscritto/a è consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. N. 445/2000, **l'Amministrazione provvederà alla revoca dei benefici eventualmente concessi**, come previsto dall'art. 75 D.P.R. N. 445/2000, nonché di quanto previsto dall'art. 71, comma 3 D.P.R. N. 445/2000, in merito al contestuale consenso prestato dal dichiarante, con la presente, al controllo della corrispondenza di quanto dichiarato, con le risultanze dei dati custoditi dalla competente amministrazione Pubblica.

- Il dichiarante è informato che il trattamento dei dati personali forniti avviene nel rispetto di quanto sancito dall'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2007 N. 196 “*Codice in materia di protezione dei dati personali*”

Allegati:

- copia certificazione L. 104/92 (art. 3, comma 3) stato di gravità ;
- certificazione ISEE;
- Allegato B alla Delib n. 48/46 del 11/12/2012 debitamente compilato e sottoscritto a cura del Medico di Medicina Generale
- Allegato D alla Delib. N. 48/46 del 11/12/2012 ( dichiarazione Sostitutiva dell'atto di notorietà sottoscritto dal destinatario del piano e dall'incaricato della tutela o titolare della patria potestà o amministratore di sostegno.

Aggius , lì \_\_\_\_\_

Il dichiarante  
FIRMA

Il Funzionario incaricato

Documento N. \_\_\_\_\_

**N.B.: La dichiarazione può essere sottoscritta in presenza del dipendente addetto a riceverla ovvero sottoscritta e trasmessa, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'Ufficio competente.**