



COMUNE DI AGGIUS

(Provincia di Olbia Tempio)

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

E mai: protocollo@comuneaggius.gov.it - 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 _____
_____ (Prov. _____) il _____
_____ e residente a _____ (Prov. _____)
_____ in Via _____ Nr. _____
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 , li _____

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.