******

**UFFICIO PER LA PROGRAMMAZIONE**

**E GESTIONE ASSOCIATA DEI SERVIZI ALLA PERSONA**

**Comune Capofila Olbia (OT)**

*Al***COMUNE DI Loiri Porto San Paolo**

*Uff. Servizi Sociali*,

**All’Ufficio di piano**

**dell’Ambito di Olbia**

**Richiesta attivazione progetto “ Ritornare a casa”**

Il/La sottoscritt o/a

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome** |  |
| **Nome** |  |
| **Luogo e data di nascita** |  |
| **Codice fiscale** |  |
| **Telefono** |  |
| **Residente a / via** |  |
| **E-mail** |  |
| **Identificato a mezzo (di carta identità o patente)** |  |
| **Rilasciata da** |  |

**C H I E D E**

**PER SE / OVVERO PER\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(** *indicare la relazione parentale***)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome** |  |
| **Nome** |  |
| **Luogo e data di nascita** |  |
| **Codice fiscale** |  |
| **Telefono** |  |
| **Residente a / via** |  |
| **E-mail** |  |
| **Identificato a mezzo (di carta identità o patente)** |  |
| **Rilasciata da** |  |

Allega i seguenti documenti:

1. Verbale di riconoscimento dell’indennità di accompagnamento o altra certificazione di cui all’art 3 DPCM n.159/2013;
2. Certificazione medica e scala di valutazione di struttura pubblica o privata accreditata che dimostri una delle condizioni previste dalla DGR n.63/12 del 2020;
3. per il livello assistenziale A) sarà sufficiente la dichiarazione allegata corredata della dichiarazione di impossibilità dell’ingresso in struttura
4. ISEE socio sanitario con validità dell’anno in corso;
5. La dichiarazione (vedi allegato) di essere o non essere beneficiario della L.162/98
6. copia del documento di identità del richiedente e del beneficiario

**N. B. leggere e sottoscrive l’informativa sul trattamento dei dati, nell’ultima pagina**

LPSP li\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La Richiedente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)**

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

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di genitore/ tutore/ amministratore di sostegno del minore/familiare del/della signor

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente ad LPSP in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 445/2000)

**DICHIARA**

Di trovarsi in una o più delle seguenti condizioni di seguito precisate

* **Livello** Assistenziale **Base A** accesso negato o interrotto c/o strutture residenziale e semiresidenziali causa Covid
* Di NON essere beneficiario di un piano personalizzato L. 162/1998;
* Di ESSERE beneficiario di un piano personalizzato L. 162/1998 con punteggio nella scheda salute superiore a 40 e più precisamente pari a\_\_\_\_\_\_\_

Dichiara, altresì, che quanto sopra indicato corrisponde a verità e di essere a conoscenza che il Comune di LPSP potrà accertarne la veridicità ai sensi di quanto previsto all’art. 71 del DPR 445/2000.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)**

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

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di genitore/ tutore/ amministratore di sostegno del minore/familiare del/della signor

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente ad LPSP in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 445/2000)

**DICHIARA**

* Che l’indicatore della situazione economica equivalente, di cui all’attestazione ISEE

rilasciata nell’anno in corso è pari a €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Dichiara, altresì, che quanto sopra indicato corrisponde a verità e di essere a conoscenza che il Comune di LPSP potrà accertarne la veridicità ai sensi di quanto previsto all’art. 71 del DPR 445/2000.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **INFORMAZIONE E ACCESSO AI DATI PERSONALI**  Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati  I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.  Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.  Il/ La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.  LPSP li Firma per accettazione    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 2 L.n. 15/68, DPR 403/98)

**Delega per la riscossione dei Contributi “Ritornare a casa PLUS”**

Il/La sottoscritt o/a

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome** |  |
| **Nome** |  |
| **Luogo e data di nascita** |  |
| **Codice fiscale** |  |
| **Telefono** |  |
| **Residente a / via** |  |
| **E-mail** |  |
| **Identificato a mezzo (di carta identità o patente)** |  |
| **Rilasciata da** |  |

in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (beneficiario o indicare il legame di parentela con il beneficiario)

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome** |  |
| **Nome** |  |
| **Luogo e data di nascita** |  |
| **Codice fiscale** |  |
| **Telefono** |  |
| **Residente a / via** |  |
| **E-mail** |  |
| **Identificato a mezzo (di carta identità o patente)** |  |
| **Rilasciata da** |  |

**CHIEDE**

Che i pagamenti relativi al contributo sopraindicato vengano effettuati con la seguente modalità

**Bonifico** su c/c bancario o postale intestato a (nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede o indirizzo Ufficio Postale o Banca\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice IBAN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NB Si allega alla presente:**

* copia del codice fiscale e del documento d’identità in corso di validità del beneficiario e dell’eventuale delegato alla riscossione;
* Copia codice IBAN.

Loiri lì,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Dichiarante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_