



**PLUS DI OLBIA**  
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

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

**CHIEDE**

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

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

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 sottoscrivere 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

\_\_\_\_\_

**Delega per la riscossione dei Contributi "Ritornare a casa PLUS"**

Il/La sottoscritt o/a

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

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

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

**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 li, \_\_\_\_\_

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