



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

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	

CH 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 _____