



## COMUNE DI ROMANA

(Provincia di Sassari)

Via Roma, 50 – Romana – Tel. 079/925013 – Fax 079/925241 –

Sito: [www.comune.romana.ss.it](http://www.comune.romana.ss.it) - E Mail [servizisociali@comune.romana.ss.it](mailto:servizisociali@comune.romana.ss.it)

**Ufficio Servizi Sociali – Servizi educativi e scolastici – Culturali – sportivi e tempo libero**

SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDE 28.02.2018

**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' 2018**

All' Ufficio Servizi Sociali  
**Comune di Romana**

Il/La sottoscritto/a.....  
Nato/a.....il.....  
residente..... Via..... tel.....  
C.F....., in qualità di

- DIRETTO INTERESSATO
- TUTORE
- CURATORE
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
- ALTRO.....

Del/Illa sig.r/ra .....nato/a.....il.....  
e residente a.....  
inVia.....  
tel.....  
C.F.....

Riconosciuto affetto da handicap grave ai sensi della legge 104/92 (art.3 comma 3);

### CHIEDE

- che venga predisposto un progetto personalizzato ai sensi della Legge 21 maggio 1998, n.162 Annualità 2018;
- che venga predisposto il rinnovo del progetto personalizzato ai sensi della Legge 21 maggio 1998, n.162 Annualità 2018;

### A TAL FINE

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,;

### **DICHIARA**

Di essere in possesso della certificazione attestante la condizione di handicap grave ai sensi della Legge 5 maggio 1992, n°104 art. 3 comma 3 rilasciata in data

---

### **OPPURE ( per la dichiarazione rilasciata da terzo)**

che la persona interessata è in possesso della certificazione attestante la condizione di handicap grave ai sensi della Legge 5 maggio 1992, n°104 art.3 comma 3 rilasciata in data \_\_\_\_\_.

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 2003, n.196 " Codice in materia di protezione dei dati personali".

A tale scopo allega alla presente:

- Verbale rilasciato dalla Commissione medica attestante il riconoscimento della condizione di handicap grave ai sensi della Legge 5 maggio 1992, n° 104 art. 3 comma 3;
- Modello ISEE socio – sanitario 2018, in corso di validità;
- Scheda D;
- Scheda C;
- Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà di chi non sa o non può firmare né dichiarare.

Romana , li \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

---

