



**PLUS DI OLBIA**

**UFFICIO PER LA PROGRAMMAZIONE  
E GESTIONE ASSOCIATA DEI SERVIZI ALLA PERSONA  
Comune Capofila Olbia (OT)  
Via Capoverde n. 2 - Zona Industriale - c/o Delta Center  
Tel. 0789/52080 – Fax 0789/52349**

**AI COMUNE DI BUDONI**

*Servizi Sociali,  
P.zza Giubileo*

**Richiesta attivazione intervento a favore di persone in condizioni di disabilità gravissima.**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ ( ) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ piano \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica: \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

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

Cognome e nome \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a Budoni via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ piano \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Allega i seguenti documenti:

- Verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o altra certificazione di cui all'art 3 DPCM n.159/2013;
- Certificazione medica specialistica e scala di valutazione (vedi allegato) di struttura pubblica o privata accreditata che dimostri una delle condizioni previste dall'avviso;
- ISEE socio sanitario con validità dell'anno in corso;
- La dichiarazione (vedi allegato) di essere o non essere beneficiario di altri interventi assistenziali regionali nel 2019;
- copia del documento di identità del richiedente e del beneficiario

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

Budoni, 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 Olbia 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 non essere** beneficiario di altri interventi assistenziali regionali attivi nel 2019 finanziati dal fondo regionale per la non autosufficienza;
- Di essere** beneficiario di altri interventi assistenziali regionali attivi nel 2019 finanziati dal fondo regionale per la non autosufficienza e più precisamente (*barrare il caso interessato*)
  - L. 162/98 con punteggio scheda salute pari a \_\_\_\_\_;
  - Progetto “ritornare a casa”;

Leggi di settore rivolte a particolari categorie di cittadini e rimborso quote sociali quali:

- L.R. 11/85 indennità a favore dei nefropatici;
- L.R.27/83 indennità a favore dei talassemici emolinfopatici;
- L.R.12/2011 art 18 comma 3 a favore dei trapiantati di cuore, pancreas, fegato;
- L.R. 20/97 provvidenze a favore degli infermi di mente e dei minorati psichici

Dichiara, altresì, che quanto sopra indicato corrisponde a verità e di essere a conoscenza che il Comune di Olbia 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 Olbia 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 Olbia 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.

Budoni, li \_\_\_\_\_

Firma per accettazione

\_\_\_\_\_