

**AL RESPONSABILE DEL SERVIZIO SOCIALE
DEL COMUNE DI
SEGARIU**

**PIANI PERSONALIZZATI DI SOSTEGNO RIVOLTI A PERSONE CON GRAVE DISABILITA'
(Legge n. 162/98)
- PERIODO GENNAIO/ APRILE 2020 -
ENTRO IL 15/02/2020**

Il/la sottoscritto/a nato/a a il e residente a Segariu, in via/vico/p.zzan. - tel.
genitore tutore Amministratore di Sostegno di nato/a a il e residente a Segariu, in via/vico/p.zzan. - tel.
destinatario/a di un finanziamento ottenuto ai sensi della Legge n. 162/98, per la realizzazione di un piano personalizzato di sostegno,

INCARICA

Il/ la signor _ nato/a a il e residente a Segariu, in via/vico/p.zzan. - tel. - codice fiscale per il disbrigo di tutti gli atti necessari alla gestione del piano personalizzato, essendo impossibilitat ___ a farlo personalmente.

DICHIARA

(art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

consapevole che le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

- 1) di aver stipulato una convenzione/ contratto con (*indicare denominazione e natura giuridica*)

_____ con sede legale in _____ via _____ n. ____ Codice Fiscale/ Partita IVA _____, (*se cooperativa sociale*) iscritta al n. _____ della sezione A all'Albo Regionale delle cooperative sociali, previsto dall'art. 2 della L.R. n. 16/1997, che eroga:

- prestazioni di assistenza domiciliare e personale, nonché di accompagnamento, da parte di personale in possesso del titolo di operatore socio sanitario e/o assistente domiciliare e dei servizi tutelari e da parte di personale ausiliario;
- prestazioni educative da parte di personale in possesso del titolo di _____;
- accoglienza presso centro diurno autorizzato ai sensi dell'articolo 40 della L.R. 23/2005 e presso centri diurni integrati di cui al D.P.R. 14.01.1997 e alle deliberazioni della Giunta regionale in materia di residenze sanitarie assistenziali e di centri diurni integrati, limitatamente al pagamento della quota sociale;
- soggiorno (per non più di 30 giorni) presso la propria struttura autorizzata ai sensi dell'art. 40 della L.R. n. 23/2005 o presso la propria RSA autorizzata (per la quota sociale);
- attività sportiva e/o di socializzazione.

(OVVERO)

- 2) di aver stipulato un contratto di lavoro domestico, con l'applicazione del relativo CCNL, con il/la signor_____ nat_____ a _____ il _____ e residente a _____ in via _____ n. _____, quale persona di fiducia, la quale non rappresenta né un parente convivente né un parente tenuto agli alimenti ai sensi dell'art. 433 del codice civile.

CHIEDE

che i mandati di pagamento, inerenti la gestione del finanziamento in oggetto, siano emessi (*compilare i campi che interessano*):

- con quietanza diretta c/o Banco di Sardegna (ritiro c/o lo sportello da parte del beneficiario del piano personalizzato);
- tramite accredito su conto corrente postale/ bancario, carta prepagata, n. acceso c/o intestato a (*il conto deve essere intestato o cointestato al beneficiario del piano personalizzato*) - IBAN
- con quietanza di signor _ [] nato/a a [] ([]) il [/ /] e residente a Segariu in via/vico/p.zza [] n. [] - tel. [] - codice fiscale []

(per i casi di cui al punto 1)

che i mandati di pagamento, inerenti la gestione del finanziamento in oggetto, siano emessi in favore di, tramite accredito su conto corrente postale/ bancario n. acceso c/o intestato a - IBAN

DICHIARA di aver preso visione dell'allegata informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati n. 679/ 2016 (GDPR), relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Segariu, _____

Il dichiarante

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Allega:

- copia del documento d'identità e tessera sanitaria del dichiarante;
- copia del contratto di lavoro, denuncia/variazione Inps in caso di assunzione di assistenti familiari (relativamente al periodo gen – apr 2020);
ovvero
- copia contratto/convenzione negli altri casi (relativamente al periodo gen – apr 2020).