

**OGGETTO: DOMANDA PER L'AMMISSIONE AI BENEFICI DI CUI ALLA L. 162/1998.  
PIANI PERSONALIZZATI DI SOSTEGNO A FAVORE DI PERSONE CON  
HANDICAP GRAVE. PROGRAMMA DA ATTUARSI NELL'ANNO 2021**

Il Sottoscritto:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Residente in Tramatza in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Tel/Cell \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

In qualità di:

- Destinatario del Piano
- Titolare della patria potestà
- Tutore
- Amministratore di sostegno
- Familiare di riferimento (specificare \_\_\_\_\_)

### **CHIEDE**

Che venga predisposto un Piano personalizzato di sostegno ai sensi della Legge n. 162/98 – Anno 2021  
in favore di (da compilarsi solo se persona diversa da destinatario del piano):

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Residente in Tramatza in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Tel/Cell \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

A tal fine Dichiaro:

- di essere in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente per accedere ai benefici della L. n. 162/98 (Verbale di handicap grave ai sensi della Legge n. 104/92 art. 3 comma 3);
- di essere 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 del medesimo D.P.R. 445/2000.
- Di dare il proprio consenso al controllo della corrispondenza di quanto dichiarato con le risultanze dei dati custoditi dalla competente amministrazione pubblica, ai sensi dell'art. 71, comma 3 del D.P.R. n. 445/2000;
- Di essere a conoscenza che il trattamento dei dati personali forniti avverrà nel rispetto di quanto sancito dall'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei Dati Personali".

Allega alla presente domanda quanto segue:

- Copia della **Certificazione di handicap grave** ai sensi della L. n. 104/92 art. 3 comma 3;
- Allegato B - Scheda salute** da compilarsi a cura del Medico di Medicina Generale o Medico di struttura pubblica o convenzionato;
  - Vedasi Scheda salute precedente in quanto la situazione sanitaria risulta invariata (solo per i Piani in rinnovo)
- Attestazione dell'**ISEE socio-sanitario 2021**;
- Allegato D - Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà** (art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) riguardante gli emolumenti e le entrate esenti IRPEF percepiti dal destinatario del piano nell'anno 2020;
- Copia del **documento d'identità** (del richiedente e/o del beneficiario).

Tramatza, lì \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

#### CONSENSO INVIO COMUNICAZIONI

Ai sensi del Regolamento U.E. n.679/2016 (GDPR) autorizzo il titolare del trattamento dei dati ad **utilizzare** il numero di **telefono cellulare**, il telefono fisso o l'indirizzo e-mail indicati in questo modulo al fine di **ricevere comunicazioni, informazioni, avvisi ed aggiornamenti riguardanti il presente progetto di intervento e la liquidazione del contributo** ad esso legato.

Tramatza, \_\_\_\_\_

Il Dichiarante \_\_\_\_\_

## **Informativa resa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation)**

Gentile Signore/a, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, si informa quanto segue:

### **1. Finalità del Trattamento**

I dati da Lei forniti verranno utilizzati allo scopo e per il fine di GESTIONE PROCEDURE PROGRAMMA LEGGE N. 162/98.

### **2. Modalità del Trattamento**

Le modalità con la quale verranno trattati i dati personali contemplano ACQUISIZIONE CARTACEA, TRATTAMENTO INFORMATICO

### **3. Conferimento dei dati**

Il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto 1 sono (*obbligatori/facoltativi: nel primo caso indicarne il motivo*) e l'eventuale rifiuto dell'autorizzazione comporta RINUNCIA BENEFICIO

### **4. Comunicazione e diffusione dei dati**

I dati forniti potranno saranno comunicati a: REGIONE SARDEGNA – PLUS ORISTANO

### **5. Titolare del Trattamento**

Il titolare del trattamento dei dati personali è COMUNE DI TRAMATZA

### **6. Diritti dell'interessato**

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone  sicche, compresa la profilazione;
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata al Comune di Tramatzza, all'indirizzo postale della sede legale o all'indirizzo mail [protocollo@comune.tramatza.or.it](mailto:protocollo@comune.tramatza.or.it)

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede.

Il COMUNE ha nominato come Data Protection Officer (DPO) o Responsabile Protezione Dati (RPD) l'Avv. Alessandra Etzo, contattabile inviando una mail a email: [alessandraetzo@hotmail.com](mailto:alessandraetzo@hotmail.com) PEC: [avvalessandrastebastianetzo@cnfpec.it](mailto:avvalessandrastebastianetzo@cnfpec.it)

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta

**esprimo il consenso**     **NON esprimo il consenso** al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

**esprimo il consenso**     **NON esprimo il consenso** alla comunicazione dei miei dati personali d enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

**esprimo il consenso**     **NON esprimo il consenso** al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede.

TRAMATZA, li .....

Firma.....