



**DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D54**  
**Comuni di Castelvetrano –**  
**Campobello di Mazara - Partanna – Poggioreale –**  
**Salaparuta - Santa Ninfa - ASP TP**

Piazza G. Cascino, n. 8 – 91022 Castelvetrano (TP)- Tel. 0924/909118

**UFFICIO DI PIANO**

Apertura al pubblico: mercoledì dalle ore 8,30 alle 14,00 e dalle ore 15,30 alle ore 18,30

Pec: [distretto54@pec.comune.castelvetrano.tp.it](mailto:distretto54@pec.comune.castelvetrano.tp.it)

**Oggetto:** Manifestazione di interesse relativa alla richiesta di interventi e servizi per l'assistenza alle persone con disabilità grave (L. 104/92 art. 3 comma 3) e prive del sostegno familiare finalizzata alla redazione di un piano individuale – Programma regionale “Dopo di noi” – D.A. n. 2727/S5 del 16/10/2017

Il/La sottoscritt .....  
nat .... a ..... il .....  
residente a ..... prov. ....  
via ..... n° .....  
codice fiscale ..... e-mail .....  
recapiti telefonici: .....

**CHIEDE**

Per se stesso/a

Ovvero in qualità di:

Genitore (esercente la potestà)

Legale Rappresentante (così come previsto al Codice Civile allegando relativo decreto di nomina):

Tutore

Amministratore di Sostegno

Curatore

Altro .....

nel caso di Associazioni di famiglie di persone disabili che presentano l'istanza per gruppi di disabili elencare i nominativi con i dati di tutti e allegare la documentazione richiesta per ciascun disabile.

Per il/la Sig./ra (soggetto con disabilità) .....  
nat .... a ..... il .....  
residente a ..... prov. ....  
via ..... n° .....  
codice fiscale ..... e-mail .....

recapiti telefonici: .....

## la predisposizione di un Piano Individuale ex Legge 22/06/2016 n. 112 "Dopo di noi"

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi degli artt. 47, 75 e 76 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000

### DICHIARA

che le copie dei documenti allegati alla presente, sono conformi agli originali;

di essere informato, ai sensi e per gli effetti del **Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016** che i dati personali raccolti e forniti in occasione della presente istanza:

- saranno trattati esclusivamente in funzione e per i fini della richiesta medesima e saranno conservati presso le sedi competenti;
- la comunicazione o la diffusione dei dati personali a soggetti pubblici o privati sarà effettuata solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria per lo svolgimento delle funzioni istituzionali;
- l'interessato potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del Regolamento Europeo;

### ALLEGA

- fotocopia del verbale Legge 104/92 art. 3 (con diagnosi);
- fotocopia del verbale di: invalidità civile (con diagnosi) ovvero  riconoscimento di disabilità sensoriale;
- fotocopia del decreto di nomina di tutela, di curatela, di amministrazione di sostegno o altro;
- fotocopia di un documento di identità del richiedente e della persona con disabilità.
- Relazione medica aggiornata rilasciata da Specialista o Medico curante che ha in carico la persona.
- ISEE socio-sanitario del nucleo familiare della persona disabile

Per le domande relative agli interventi per realizzazione di innovative soluzioni alloggiative (punto d) allegare anche a seconda della tipologia d'intervento:

- preventivo di spesa per il pagamento degli oneri di acquisto o di ristrutturazione o la messa in opera degli impianti e delle attrezzature necessarie per il funzionamento degli alloggi medesimi;
- breve relazione tecnica;
- contratto di locazione/atto di proprietà;
- documentazione attestante le spese relative al canone di locazione.

Ci si riserva di richiedere ulteriore documentazione eventualmente necessaria.

Luogo e data .....

IL RICHIEDENTE