



Programma Locale Unitario dei Servizi
PLUS – Anglona-Coros-Figulinas



Comune di Osilo
Ente capofila



ATS Sardegna
Azienda Tutela Salute



Provincia di Sassari

Distretto Sanitario di Sassari

Programma Regionale “Ritornare a casa”
(Art.17, comma 1 – L.R. n° 4 del 11/05/2006)

Spett.le P.U.A. Distretto Sanitario di Sassari

Spett.le Comune di _____

Il/La sottoscritt_____ nat_ a_____ il_____

residente a_____ in via_____ n°_____

domiciliat_ a (indicare solo se diverso da residenza)_____ in via_____ n°_____

tel. _____ cod.fisc. _____ e-mail _____

CHIEDE

la predisposizione di un piano personalizzato per l'accesso al Programma Regionale “Ritornare a casa” come:

nuovo beneficiario rinnovo ____ annualità

per se;

per il/la sig. __: _____ nat_ a_____ il_____

residente a_____ in via_____ n°_____

domiciliat_ a (indicare solo se diverso da residenza)_____ in via_____ n°_____

tel. _____ cod.fisc. _____ e-mail _____

in qualità di sua figura di riferimento (indicare di seguito la natura della relazione esistente):

Allega i seguenti documenti:

Certificazione ISEE redatto secondo la normativa vigente

Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione e di Atto Notorio allegata

Certificazione sanitaria redatta secondo le indicazioni contenute nella specifica informativa

Documentazione attestante il ricovero presso una struttura residenziale a carattere sociale e/o sanitario per un periodo non inferiore a 12 mesi

Altro

_____ li _____
(Luogo) (Data)

(Firma)

Programma Regionale "Ritornare a Casa"

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO

(Art. 46 e 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritt _____ nat_ a _____ il _____
 e residente a _____ in Via _____ n° _____

consapevole delle sanzioni penali derivanti da dichiarazioni non veritiere, di formazione e di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R N° 444 del 28 Dicembre 2000:

DICHIARA

- rispetto alla propria situazione;
- rispetto alla situazione del sig. _____, destinatario del piano;
 - che la condizione economica equivalente corrisponde alla certificazione ISEE allegata;
 - che la composizione anagrafica del nucleo familiare è la seguente:

NOME E COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RELAZIONE DI PARENTELA

Riportare di seguito le eventuali differenze tra la composizione di fatto del nucleo familiare e la composizione anagrafica

- che l'intestatario si trova nella seguente condizione:
 - inserito nella struttura dalla data.....
 - a forte rischio di istituzionalizzazione
- che l'interessato può/non può spostarsi dal proprio domicilio
- che l'interessato, per quanto nelle proprie capacità e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate in merito alla presente domanda, alle informazioni in essa contenute e alla procedura prevista
- che gli interessati sono a conoscenza del fatto che chi beneficia dell'intervento "Ritornare a casa" non può accedere al programma Piani personalizzati a favore delle persone con handicap grave (L. 162/98)
- altro:.....

DICHIARA inoltre di dare il proprio consenso, ai sensi e per effetti di cui all'art. 13 del D.L.G. n° 196/2003, per il trattamento dei dati personali raccolti anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Sassari,.....

FIRMA

.....

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28 Dicembre 2000 le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto notorio da produrre agli organi dell'Amministrazione Pubblica devono essere sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritte e inviate, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite incaricato, oppure a mezzo posta.