

Allega alla presente, la seguente documentazione (barrare le singole voci):

- Copia certificazione attestante lo stato di handicap grave, ai sensi della L.104/92 art. 3, comma 3;
- Allegato B “Scheda Salute” debitamente compilata, datata, firmata e timbrata dal medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, altro medico di struttura pubblica che ha in cura il beneficiario;
- Certificazione ISEE 2021 (c.d. ISEE socio-sanitario);
- Allegato D “Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà” firmato dall’interessato o dal Tutore/Amministratore di Sostegno;
- Dichiarazione sostitutiva permessi di L. 104/92 (da presentare ove fruiti);
- Copia del documento d’identità del destinatario del piano e del richiedente;
- Copia del Verbale attestante l’eventuale nomina di tutore o amministratore di sostegno;
- Informativa Privacy.

Il/La sottoscritt ___, in conformità a quanto stabilito dall’art. 13 del D. Lgs 30 Giugno 2007 N. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali”, autorizza il trattamento dei dati personali da parte del Comune di San Sperate esclusivamente nell’ambito del procedimento connesso all’espletamento della pratica di Legge 162/98.

San Sperate _____

Firma
