

**Programma Regionale “Ritornare a casa PLUS”  
(D.G.R. n. 38/76 del 21/12/2022)**

*Spett.le Ambito Plus di Sassari, Sorso, Porto Torres e Stintino*

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 cod.fisc. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ domiciliat\_ a (indicare solo se diverso da residenza) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
 tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

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

- ☐ nuovo beneficiario ☐ già beneficiario (indicare livello assistenziale in corso).....
- ☐ per se stesso;
- ☐ per il/la sig. \_\_: \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 cod.fisc. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ domiciliat\_ a (indicare solo se diverso da residenza)  
 \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
 tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

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

**Allega i seguenti documenti:**

- ☐ certificazione ISEE socio sanitario di cui al DPCM n.159/2013 relativo all'anno corrente;
- ☐ dichiarazione Sostitutiva di Certificazione e di Atto Notorio (vedi modulo retrostante);
- ☐ dichiarazione individuazione e delega familiari prossimi ex art. 433 c.c.;
- ☐ copia del provvedimento di nomina, estratto /copia del ricorso per la nomina del rappresentante legale;
- ☐ verbale di riconoscimento dell'handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/1992 senza omissis (livello Base A);
- ☐ verbale indennità di accompagnamento senza omissis o altra certificazione attestante la condizione di non autosufficienza di cui all'allegato 3 del DPCM 159/2013 senza omissis;
- ☐ verbale UVT di eleggibilità all'inserimento in struttura in regime semiresidenziale/residenziale (livello base A);
- ☐ documentazione attestante l'impossibilità di accedere o rientrare in struttura a causa delle disposizioni normative legate all'emergenza Covid-19 rilasciata dalla struttura individuata (livello Base A);
- ☐ relazione clinica e scheda sanitaria prevista in ragione della patologia e condizione sanitaria di accesso rilasciate da specialista di struttura pubblica o privata accreditata;
- ☐ documento di identità in corso di validità del dichiarante;
- ☐ Altro.....

**Dichiara di aver preso visione e di aver compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali (c.d. Informativa Privacy) di cui all'art. 13 del Reg.UE 679/2016.**

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_  
 (Luogo) (Data)

\_\_\_\_\_  
 (Firma)

## Programma Regionale “Ritornare a Casa PLUS”

## 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° 445 del 28 Dicembre 2000:**☐ in qualità di **destinatario del progetto**;☐ in qualità di **figura di riferimento** del sig/ra. \_\_\_\_\_

(indicare di seguito la natura della relazione esistente): \_\_\_\_\_

**DICHIARA****se persona diversa dal destinatario:**☐ **di essere unico familiare prossimo**, ai sensi dell'art. 433 c.c.<sup>1</sup>;☐ **di essere il familiare** che ha presentato formale ricorso per la nomina del rappresentante legale come da documentazione allegata (*copia o estratto del ricorso*).☐ **di essere il familiare delegato**, come da allegata/e dichiarazione/i sostitutiva/e di certificazione e atto notorio ( *vedasi Dichiarazione individuazione e delega familiari prossimi ex art.433*) resa dagli altri familiari prossimi di pari ordine e grado ai sensi dell'art. 433 c.c., come di seguito indicati :

NOME E COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	RELAZIONE DI PARENTELA con il destinatario progetto

<sup>1</sup> Così come disciplinato dall'art. 433 del codice civile sono individuati i seguenti soggetti, in ordine di prossimità, che possono presentare la domanda: 1) il coniuge; 2) i figli [legittimi o legittimati o naturali o adottivi] anche adottivi, e, in loro mancanza, i discendenti prossimi [anche naturali]; 3) i genitori e, in loro mancanza, gli ascendenti prossimi; gli adottanti; 4) i generi e le nuore; 5) il suocero e la suocera; 6) i fratelli e le sorelle germani o unilaterali, con precedenza dei germani sugli unilaterali.

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 della 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.

**DICHIARA**

- ☐ che la condizione economica equivalente corrisponde alla certificazione ISEE allegata;
- ☐ 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;
- ☐ di essere a conoscenza:

1) dell'incompatibilità del programma "Ritornare a casa PLUS", per i livelli assistenziali primo, secondo e terzo, con il programma di cui alla Legge 162/98;

2) dell'incompatibilità del programma "Ritornare a casa PLUS", per i livelli assistenziali base A e base B con il programma di cui alla Legge 162/98, salvo che il beneficiario sia persona ultrasessantacinquenne, con punteggio nella scheda salute superiore a 40;

3) di dover rinunciare, in caso di attivazione degli interventi "Ritornare a casa Plus"; al piano personalizzato legge 162/1998, se trovasi in una delle suddette condizioni di incompatibilità;

☐ altro: .....

Medico di Medicina Generale	Nome Cognome.....
	Indirizzo.....
	Telefono:.....

**Dichiara di aver preso visione e di aver compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali (c.d. Informativa Privacy) di cui all'art. 13 del Reg. UE 679/2016 .**

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_  
(Luogo) (Data)

\_\_\_\_\_  
(Firma)