



*Distretto di Sassari*

All. 2

## *MODULO DI DOMANDA*

## **Programma Regionale “Ritornare a casa PLUS” (D.G.R. n. 5/38 del 29/01/2025)**

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_ domiciliato/a a (indicare solo se diverso da residenza)

in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

## CHIEDE

la predisposizione di un progetto 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. \_\_\_\_: \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ domiciliato/a 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 della condizione di disabilità ai sensi dell'art. 3, della L. 104/1992 senza omissis;
  - 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;
  - relazione clinica e scheda sanitaria prevista in ragione della patologia e condizione sanitaria di accesso rilasciate da specialista di struttura pubblico, convenzionato o libero professionista;
  - 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)

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.



Distretto di Sassari

All. 2

**MODULO DI DOMANDA**

**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 sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_

**consapevole delle sanzioni penali derivanti da dichiarazioni non veritiero, 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 Dichiaraione 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] 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.



*MODULO DI DOMANDA*


**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)