



**Spett. Plus (Piano Locale Unitario dei Servizi alla persona)  
Distretto di Tempio Pausania  
(Provincia di Olbia-Tempio, ASL n. 2,  
Comuni di Tempio P., Aggius,  
Aglientu, Badesi, Bortigiadas,  
Calangianus, Luogosanto, Luras, e  
Trinità d'Agultu)  
**Servizio Sociale**  
Piazza Gallura 3  
07029 TEMPIO PAUSANIA**

**Oggetto: Programma Regionale “Ritornare a casa PLUS” (D.G.R. n. 63/12 DEL 11.12.2020)  
- domanda di accesso.**

Il/La sottoscritto/a   
nato/a  il   
residente in  via   
n°  domiciliato/a a (indicare solo se diverso da residenza)   
in via  n°   
tel.  cell.  email   
C.F.

**CHIEDE**

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

- già beneficiario (indicare livello assistenziale in corso   
 nuovo beneficiario

Per il/la sig./ra nome e cognome   
nato/a  il   
residente a  via

n.  domiciliato/a (indicare solo se diverso da residenza)   
in via  n.  tel.  cell.   
email  Pec   
in qualità di figura di riferimento (indicare di seguito la natura della relazione esistente)  
  
Ricoverato/a presso la struttura   
con sede in  dal  al

**DICHIARA**

- di non essere beneficiario di un piano cui alla Legge 162/98;  
 di essere ultrasessantacinquenne;  
 di essere beneficiario di un piano di cui alla L. 162/98 con punteggio della scheda salute superiore a 40;  
 di dover rinunciare, in caso di attivazione degli interventi "Ritornare a casa Plus" al piano personalizzato legge 162/1998, se si trova in una delle suddette condizioni di incompatibilità;

A tale fine allega alla presente:

- certificazione ISEE socio sanitario di cui al DPCM n.159/2013 relativo all'anno corrente;  
 verbale di riconoscimento dell'handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/1992 senza omissis (livello Base A);  
 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);  
 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 (livello Base B);  
 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

**INFORMA INOLTRE CHE**

che il MMG (Medico di Medicina Generale) o il PLS (Pediatra libera scelta) è il/la Dr./ssa

tel

ambulatorio in  via

altro

### DICHIARA

di aver preso visione, letto e compreso l'informativa ex artt. 13-14 Reg. UE 2016/679 allegata e pubblicata sul sito istituzionale dell'Amministrazione destinataria che riguarda il trattamento dei miei dati personali e di accettarne i contenuti consapevole che in caso di rifiuto di fornire i dati strettamente necessari non potrà essere dato corso all'istanza e che gli stessi saranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali, strumentali o connesse al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 .

di esprimere il consenso **SI**  **NO**  al trattamento dei miei dati personali per le finalità relative al presente procedimento utili per agevolare la gestione della procedura e la fornitura dei servizi con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Tempio li

Firma