

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

Nato/a a _____ (luogo) _____ (prov.) il _____

Residente a _____ (luogo) _____ (prov.) in via _____ (indirizzo)

Codice Fiscale: _____

In qualità di

- destinatario del piano
- incaricato della tutela
- titolare patria potestà
- amministratore di sostegno della persona destinataria del piano:

Cognome _____ Nome _____ Cod. Fisc. _____

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

- che la persona destinataria del piano ha percepito nell'anno 2022 i seguenti emolumenti:

- | | |
|---|-------------------------|
| 1. Pensione di invalidità civile | Importo annuale € _____ |
| 2. Indennità di frequenza | Importo annuale € _____ |
| 3. Indennità di accompagnamento | Importo annuale € _____ |
| 4. Assegno sociale | Importo annuale € _____ |
| 5. Pensioni o indennità INAIL | Importo annuale € _____ |
| 6. Indennità o pensione per causa di guerra o servizio | Importo annuale € _____ |
| 7. Assegni mensili continuativi erogati dalla Regione per particolari categorie di cittadini: | |
| - L.R. n.27/83 – Provvidenze a favore dei talassemici, degli emofilici e degli emolinfopatici maligni | Importo annuale € _____ |
| - L.R. n. 11/85 – provvidenze a favore dei nefropatici | Importo annuale € _____ |

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

- L.R. n. 20/97 - Provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche Importo annuale € _____
- L.R. n. 9/2004 - Provvidenze a favore di persone affette da neoplasie maligne Importo annuale € _____
- 8. Altri contributi da Comuni e Aziende ASL Importo annuale € _____
- 9. Altro (specificare) _____ Importo annuale € _____
_____ Importo annuale € _____
_____ Importo annuale € _____
_____ Importo annuale € _____

Dichiaro di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96, i dati personali da me forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo e data)

Il destinatario del piano o l'incaricato della tutela
o titolare della patria potestà o amministratore di sostegno

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

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

Il/La sottoscritto/a

COGNOME _____

NOME _____

NATO A _____ IL _____

RESIDENTE _____ IN VIA _____

consapevole che in caso di false dichiarazioni si applicano le norme penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000;

DICHIARA:

(barrare e compilare la voce che interessa)

che il sig./ra _____ nato/a _____

residente a _____ in via _____ n. _____

dipendente presso _____ ha fruito per

l'assistenza a favore di _____ nell'anno 2022 dei permessi di

lavoro ai sensi della Legge 104/92 per un n. di settimane annuali _____ e per n. di ore

settimanali _____, per un totale complessivo di ore annuali pari a n. _____.

che nessun familiare ha fruito nell'anno 2022 dei permessi di lavoro ai sensi della Legge 104/92.

Data _____

In fede

Si allega fotocopia del documento di identità del dichiarante

SCHEDA SALUTE

(da compilarsi a cura del Medico di Medicina Generale)

Per i bambini da 0 a 3 anni la scheda va compilata solo se il medico ritenga che per la gravità o particolarità della patologia del bambino siano necessari da parte della famiglia compiti di cura e assistenza superiori rispetto a quelli normalmente prestati ai bambini non disabili della stessa età.

Per l'attribuzione dei punteggi occorre considerare solo le voci significative per l'età del bambino (es. attribuire punteggio "0" alla voce "è capace di vestirsi o spogliarsi da solo?" se anche i bambini non disabili della stessa età non ne sono capaci, come per il parlare, mangiare, camminare, fare il bagno da solo, ecc.)

Cognome: _____ Nome: _____

Nato a: _____ il: ___/___/___ Sesso: _____

Residente in: _____ Via: _____ n.: _____

Codice Fiscale: _____

Data di rilascio certificazione definitiva L. 104/92 art. 3 comma 3: ___/___/___

Diagnosi: _____

AREA A: Sensi e linguaggio

1. Presenta compromissione della capacità visiva e non correggibile da protesi?

- 0. Non presenta alcuna compromissione della capacità visiva
- 1. Presenta una parziale compromissione della capacità visiva (decimista)
- 2. Presenta una marcata compromissione della capacità visiva (ventesimista)
- 4. Presenta una totale compromissione della capacità visiva (cieco assoluto)

2. È in grado di distinguere e reagire coerentemente a voci, suoni, rumori?

- 0. Sì
- 2. Parzialmente
- 3. Per nulla

3. È in grado di reagire coerentemente alle sollecitazioni di natura tattile? (es. È ipo/ipersensibile alle stimolazioni sensoriali)?

- 0. Sì
- 2. Parzialmente
- 3. Per nulla

4. È in grado di parlare correttamente e coerentemente in modo comprensibile da terzi non familiari?

- 0. Sì, è in grado (Espressione verbale soddisfacente)
- 2. Alcune volte (L'articolazione della parola è molto difficoltosa, quasi incomprensibile)
- 4. No, non è mai in grado (Non vocalizza per niente o vocalizza per attirare l'attenzione su di sé)

AREA B: Esecuzione delle attività quotidiane

Vestirsi e svestirsi

5. È capace di vestirsi e di spogliarsi da solo/a? Cioè di prendere i vestiti o il pigiama, di indossarli e toglierli?

- 0. È completamente autonomo nel vestirsi e svestirsi: non ha mai bisogno del minimo aiuto
- 1. Collabora, ma ha bisogno di aiuto o di supervisione
- 2. Va completamente assistito/a in tutto (Es. tetraplegico, focomelico, disabile intellettivo grave)

Alimentazione

6. Mangia senza bisogno di aiuto?

- 0. Sì, è completamente autonomo
- 1. Necessita di aiuto parziale (per le operazioni più difficili quali tagliare, sbucciare)
- 2. Assistenza ed aiuto sono sempre necessari, va aiutato in tutto e va imboccato

7. Per l'alimentazione necessita di particolare somministrazione dei pasti e preparazione dei cibi a causa di problemi di masticazione, deglutizione, digestione?

- 0. No, non necessita di somministrazione, preparazione particolare dei cibi
- 1. Necessita di parziale somministrazione, preparazione dei cibi (si nutre con liquidi e cibi molli, qualche volta mangia cibi solidi)
- 2. Sì, necessita di totale preparazione particolare dei cibi (Si nutre solo con liquidi e con cibi molli che digerisce con grande lentezza)

Locomozione

8. Riguardo alla locomozione:

- 0. E' completamente autonomo nel camminare, nella locomozione
- 1. L'andatura è instabile
- 2. L'andatura è molto instabile, usa degli appoggi
- 3. Necessita di aiuto personale solo negli spostamenti più impegnativi (ad es. scendere le scale, entrare o uscire dal letto)
- 4. Necessita di aiuto personale anche per fare pochi passi
- 5. Non è in grado di deambulare autonomamente, neppure con la massima assistenza; o si muove sempre autonomamente in carrozzina
- 6. Si muove sempre in carrozzina con accompagnatore. Oppure presenta iperattività costante (da autismo e/o da sindromi collegate)
- 7. E' allettato

Orientamento spaziale

9. E' in grado di orientarsi nell'ambiente circostante in autonomia?

- 0. Sì, è in grado di orientarsi
- 1. E' incerto
- 2. No, non è in grado di orientarsi

Prensione e manualità

10. Riesce a individuare, afferrare, mantenere e manipolare gli oggetti?

- 0. Con sicurezza
- 1. Parzialmente
- 2. Non riesce nell'esecuzione di operazioni manuali complesse
- 4. Non vi riesce per niente

Igiene personale, continenza

11. È capace di fare il bagno da solo/a, lavarsi, sistemarsi?

- 0. Sì, è completamente autonomo/a nell'igiene personale
- 1. Deve essere aiutato/a o assistito/a parzialmente
- 2. Deve essere aiutato/a in tutto, necessita di assistenza completa

12. Ha incontinenza urinaria?

- 0 Mai
- 1. Talvolta
- 2. Sempre

13. Possiede il controllo degli sfinteri?

- 0. Possiede il controllo completo
- 1. Possiede il controllo parziale
- 2. Non possiede per nulla il controllo sfinterico

AREA C: Vita di relazione

Reazioni emotive, comunicazione, comprensione

14. Esprime ed attua sentimenti, atteggiamenti e comportamenti adeguati e consoni alle situazioni ambientali e ai contesti sociali (ad esempio non esprime e non attua atteggiamenti/comportamenti di autodifesa da pericoli, o comportamenti stereotipati, o di auto/etero aggressività, ecc.)?

- 0. Sì
- 1. Parzialmente e con difficoltà
- 2. Per nulla

15. Riesce sempre a farsi capire dagli altri e a far capire cosa vuole nei rapporti interpersonali? (farsi capire/far capire = indicare, descrivere, spiegare, precisare, comprendere)

- 0. Sì
- 1. Parzialmente e con difficoltà
- 3. Per nulla

Memoria, Orientamento Temporale, Concentrazione

16. Ha il senso dell'orientamento temporale?

- 0. Sì
- 1. Parzialmente
- 2. No

17. È in grado di mantenere l'attenzione e la concentrazione rispetto ad un dato compito/attività?

- 0. Sì
- 1. Parzialmente
- 2. No

18. E' in grado di ricordare in modo da poter svolgere e gestire le attività quotidiane in autonomia?

- 0. Sì
- 1. Parzialmente
- 2. No

PUNTEGGIO TOTALE _____

Il Medico di Medicina Generale
(Timbro e firma)
