



COMUNE DI SANT'ANTONIO DI GALLURA
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

**DOMANDA PER L'AMMISSIONE ALLA PROGRAMMAZIONE DEI PIANI PERSONALIZZATI
DI SOSTEGNO AI SENSI DELLA LEGGE 162/98. ANNUALITA' 2025**

- Nuovo piano
 Proroga piano

Il sottoscritto _____

nato a _____ Prov _____ il _____

residente a _____ in Via _____ n _____

Codice Fiscale _____ Tel _____

E-MAIL _____@_____

in qualità di

- Destinatario Del Piano
 Titolare Della Potestà Genitoriale/ Incaricato Della Tutela
 Amministratore Di Sostegno
 Altro _____

CHIEDE

che venga predisposto il Piano Personalizzato di sostegno ai sensi della L 162/98 . Annualità 2024

a favore di

- me medesimo

Oppure

Cognome e nome _____

luogo e data di nascita _____

residente a Sant'Antonio di Gallura (SS) in Via _____ n _____

Codice Fiscale _____ Tel _____

A tal fine il/la sottoscritto/a consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

che il beneficiario è

1. residente a Sant'Antonio di Gallura;
2. portatore di handicap grave ai sensi dell'art 3 comma 3 della L 104/92;

Lo/a scrivente autorizza l'Ente all'utilizzo dei propri dati ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento Europeo UE 2016/679 vigente in materia della privacy e del controllo dei dati personali, nell'ambito di quanto necessario all'espletamento della pratica.

Sant'Antonio di Gallura li _____

Firma _____

Documentazione da allegare:

- ISEE socio sanitario in corso di validità ;
- Copia del Verbale 104/92, art. 3 comma 3;
- Scheda salute compilata a cura del Medico di Medicina Generale o specialista dell'Ente Pubblico (allegato B) , obbligatoria in caso di nuova istanza e facoltativa in caso di rinnovo piani in essere;
- Copia documento identità e codice fiscale, eventuale copia della nomina di amministratore di sostegno;
- Modello Obis/M anno precedente;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà degli emolumenti percepiti dal beneficiario nell'anno precedente- Allegato D;