

**RICHIESTA DA PRESENTARE ALL'UFFICIO PROTOCOLLO, IN BUSTA CHIUSA**  
**RECANTE LA DICITURA "L.162/98 – ATTIVAZIONE NUOVO PIANO" – ANNUALITA'**  
**2026**

Spettabile  
**COMUNE DI SAN TEODORO**  
**UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

LEGGE 162/98. RICHIESTA PREDISPOSIZIONE PIANO PERSONALIZZATO DI SOSTEGNO  
A FAVORE DI PERSONE CON GRAVE DISABILITA'.  
Deliberazioni della Giunta Regionale n. 57/32 del 05.11.2025.

Il sottoscritto.....  
Nato a .....il.....codice fiscale.....  
residente a .....Prov.....CAP.....  
Via.....N.....  
tel.....e.mail.....

in qualità di

☐ beneficiario

☐ padre/madre

di (nome e cognome del minore).....  
nato a .....il.....codice fiscale.....  
residente a .....Prov.....CAP.....  
Via.....N.....

☐ altro(specificare)\_\_\_\_\_

di.....  
nato a .....il.....codice fiscale.....  
residente a .....Prov.....CAP.....  
Via.....N.....  
tel.....e.mail.....

riconosciuto/a, ai sensi dell'art.3 comma 3, legge 104/92, in situazione di handicap grave

**CHIEDE**

La predisposizione del Piano personalizzato di sostegno previsto dalla legge n.162/98.

### DICHIARA:

di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.lgs. n. 196 del 30.06.2003, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per la predisposizione, richiesta di finanziamento e attuazione del Piano Personalizzato di sostegno di cui alla legge n 162/98.

A tal fine **SI ALLEGA:**

- ☐ (obbligatorio per tutti) ISEE 2026 - tipologia Prestazioni Socio-Sanitarie;
- ☐ (obbligatorio per tutti) certificazione ASL definitiva della disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992, **certificata al 30.11.2026**;
- ☐ (obbligatorio per tutti) scheda salute (ALLEGATO "B") compilata e firmata dal medico di medicina generale o pediatra se trattasi di minore;
- ☐ (obbligatorio per tutti) copia del documento di identità del dichiarante (in caso di minore) o del destinatario del piano (in caso di soggetti maggiori di anni 18) in corso di validità;
- ☐ (obbligatorio per tutti) copia del codice fiscale del destinatario del piano;
- ☐ (obbligatorio per tutti) Copia codice IBAN del destinatario del piano, rilasciata dall'istituto bancario e/o postale;
- ☐ (obbligatorio per tutti) Modello obis/M 2025;
- ☐ (obbligatorio per tutti) Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà degli emolumenti percepiti dal beneficiario nell'anno 2025 - Allegato D;

**Il sottoscritto è consapevole che in caso di falsa dichiarazione sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dal D.P.R. 445/2000 e che inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_