

**RICHIESTA DA PRESENTARE ALL'UFFICIO PROTOCOLLO, IN BUSTA CHIUSA
RECANTE LA DICITURA "L.162/98 – ATTIVAZIONE NUOVO PIANO" ENTRO E NON
OLTRE LE ORE 12.00 DEL 04.04.2025**

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. 35/13 del 25.10.2023 e n. 41/33 del 01/12/2023.

Il sottoscritto.....
Nato ail.....codice fiscale.....
residente aProv.....CAP.....
Via.....N.....
tel.....e.mail.....

in qualità di

beneficiario

padre/madre

di (nome e cognome del minore).....
nato ail.....codice fiscale.....
residente aProv.....CAP.....
Via.....N.....

altro(specificare)_____

di.....
nato ail.....codice fiscale.....
residente aProv.....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 2025- tipologia Prestazioni Socio-Sanitarie;
- (obbligatorio per tutti) certificazione ASL definitiva della disabilità ai sensi dell'art.3 comma3 della Legge 104/1992, **certificata al 30.11.2025**;
- (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 2024;
- (obbligatorio per tutti) Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà degli emolumenti percepiti dal beneficiario nell'anno 2024 - 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
