

**RICHIESTA PREDISPOSIZIONE PIANO PERSONALIZZATO
AI SENSI DELLA LEGGE 162/98
PERIODO 1°MAGGIO - 31 DICEMBRE 2025**

**AL RESP.LE DEL SERVIZIO SOCIALE
DEL COMUNE DI ISILI**

OGGETTO: Richiesta predisposizione Piano Personalizzato ai sensi della L. 162/98 – Gestione 2025.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ (Prov. _____) il _____
residente a ISILI in Via _____ n° _____ telefono _____,
email _____,

in qualità di:

- ☐ destinatario del piano
- ☐ incaricato della tutela
- ☐ titolare della potestà genitoriale
- ☐ amministratore di sostegno
- ☐ altro _____

della persona **destinataria del piano**:

nome e cognome _____
nato/a _____ (Prov. _____) il _____
residente a ISILI in Via _____ n° _____ telefono _____;

CHIEDE

la predisposizione del Piano Personalizzato ai sensi della L. 162/98 in favore di

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi della vigente normativa in materia di tutela della privacy.

ISILI , _____

Firma

Il/La sottoscritto/a _____ richiedente la prosecuzione del piano personalizzato a favore di _____

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- ▣ di essere consapevole che il Piano Personalizzato, non potrà essere gestito o affidato ai parenti conviventi né a quelli indicati all'art. 433 del codice civile;
- ▣ di aver preso visione del bando, e di tutti gli atti inerenti la predisposizione del Piano Personalizzato ai sensi della legge 162/98 e di accettarne le condizioni in essi contenute;
- ▣ di essere a conoscenza che tutte le informazioni e aggiornamenti sulla legge 162/98 verranno pubblicate esclusivamente nel sito istituzionale dell'Ente che si impegna a consultare periodicamente ma soprattutto in occasione delle scadenze.

Firma _____

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:

- ▣ *Scheda Salute*, che dovrà essere compilata e firmata dal Medico di Medicina Generale o dal pediatra di libera scelta e/o altro medico della struttura pubblica che ha in carico il richiedente (eventuali costi sono a carico esclusivo del richiedente);
- ▣ *Scheda Sociale*, che dovrà essere compilata dall'Assistente Sociale in collaborazione con il destinatario del piano o l'incaricato della tutela o titolare della patria potestà o amministratore di sostegno;
- ▣ *Allegato D* (Dichiarazione emolumenti percepiti nell'anno 2024);
- ▣ Verbale di riconoscimento di disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992;
- ▣ Certificazione ISEE socio sanitaria anno 2025, riferita al solo beneficiario;
- ▣ Documentazione attestante l'eventuale nomina di tutore o di amministratore di sostegno;
- ▣ Nel caso di genitori separati o divorziati, qualora uno dei due abbia l'affidamento esclusivo del minore, è necessario produrre atto di separazione o di divorzio dove viene disposto il medesimo affidamento esclusivo; qualora invece si tratti di affidamento congiunto, il genitore richiedente dovrà essere delegato mediante delega formale, da autenticare presso gli uffici comunali preposti, per la presentazione, predisposizione e gestione del piano da parte dell'altro genitore (solo qualora non sia già stato consegnato con le istanze precedenti);
- ▣ Certificazione medica, recente ed esaustiva, attestante che un familiare è affetto da grave patologia, nel caso di presenza all'interno del nucleo familiare del disabile, di familiari affetti da gravi patologie;
- ▣ Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti l'eventuale fruizione, da parte di uno o più familiari del disabile, di permessi lavorativi retribuiti ai sensi della Legge 104/92, con la specificazione del soggetto erogatore (datore di lavoro), delle ore settimanali e annuali e del numero di settimane fruiti (solo qualora non sia già stato consegnato con le istanze precedenti);

ISILI, _____

Firma _____
