



Comune di Dualchi  
Prov. Nuoro

All'Ufficio Servizi Sociali del Comune di Dualchi

**DOMANDA PER LA CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO PER LA REALIZZAZIONE DEI PIANI PERSONALIZZATI IN FAVORE DI PERSONE CON HANDICAP GRAVE (Legge 21 maggio 1998 N. 162) ANNUALITA' 2026**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_, Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

c.a.p. \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso dalla residenza): Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
In qualità di:

- ☐ Destinatario dell'intervento;  
☐ Familiare di riferimento (Indicare rapporto di parentela) \_\_\_\_\_;  
☐ Titolare della potestà genitoriale;  
☐ Tutore;  
☐ Amministratore di sostegno;  
☐ ALTRO \_\_\_\_\_

Della persona destinataria dell'intervento:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_, Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Che venga predisposto un piano individualizzato di sostegno ai sensi della Legge 162/98

- ☐ 1° Annualità ☐ Richiesta rinnovo

**DICHIARA**

(ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

- Composizione del nucleo familiare:

Cognome e Nome	Età	Relazione di parentela	Numero di ore giornaliere di assistenza dedicate alla persona


- In riferimento alla composizione del nucleo dichiara che:
  - ☐ La persona con disabilità vive sola;
  - ☐ Il nucleo familiare è composto da più persone con disabilità grave che presentano il piano personalizzato. Indicare il nome \_\_\_\_\_;
  - ☐ La persona con disabilità grave vive con soli familiari di età superiore ai 75 anni o che sono affetti da gravi patologie da documentare con certificazione attestante la grave patologia corredata da esaustiva documentazione medica. Indicare il nome \_\_\_\_\_
  - ☐ La persona con disabilità grave a carico vive in famiglia dove è presente un solo genitore o, in assenza di genitori, un familiare convivente,
  - ☐ Nel proprio nucleo familiare sono presenti figli sotto i tre anni.
- Che la persona beneficiaria del piano ha USUFRUITO nell'anno 2025 dei seguenti SERVIZI (nei servizi fruiti non dovranno essere indicati i servizi erogati con i fondi della L. 162/98, l'assistenza scolastica di base stabilita e garantita per legge dalla L. 104/92, né i servizi pagati privatamente e interamente dalle famiglie):

Servizio fruito	Soggetto erogatore	n. ore settimanali	n. settimane annuali
NESSUNO			
Lavoro			
Frequenza scolastica			
Asilo nido			
Scuola materna			
Corsi di formazione			
Fisioterapia			
Assistenza domiciliare erogata da enti pubblici o da associazioni regolarmente convenzionate			
Assistenza domiciliare integrata			
Frequenza centri diurni (ANFFAS, Alzheimer, ecc.)			
Permesso dal lavoro per L. 104/92, art. 33 comma 3			
Ricovero, soggiorno e/o accoglienza in struttura			
Frequenza Centri di aggregazione sociale comunali			
Trasporto			
Altri servizi fruiti (sport terapia, ecc.)			

- Che il beneficiario del piano ha percepito nell'anno 2025 i seguenti **EMOLUMENTI**:

TIPOLOGIA DI EMOLUMENTO	IMPORTO ANNUALE
NESSUNO	
1-Pensione Invalidità civile	
2-Indennità di frequenza	
3-Indennità di accompagnamento	
4-Assegno sociale	
5-Pensioni o indennità INAIL	
6-Indennità o pensione per causa di guerra o servizio	
7-Assegni mensili continuativi erogati a favore di:	
- L.R. n. 27/83 – talassemici, emofilici ed emolinfopatici maligni.	
- L.R. n. 11/85 – nefropatici	
- L.R. n. 20/97 – persone affette da patologie psichiatriche	
- L.R. n. 9/2004 - persone affette da neoplasie maligne	
8-Altri contributi da Comuni e Aziende ASL	
9- Altro (specificare)_____	

- **MODALITÀ DI GESTIONE DEL PIANO:**

☐ **DIRETTA** (la realizzazione del piano è gestita dal comune di residenza del destinatario del piano);

☐ **INDIRETTA** (la realizzazione del piano è affidata alla famiglia).

**DICHIARA, inoltre**

☐ Di confermare le modalità di pagamento dei rimborsi del precedente progetto. *Oppure*

☐ Di indicare la modalità di pagamento:

IBAN \_\_\_\_\_

Intestato a \_\_\_\_\_

☐ Di aver preso visione dell'avviso pubblico del Comune di Dualchi

☐ Di aver preso visione dell'informativa al trattamento dei dati in calce al modulo di domanda

Al fine della predisposizione del piano individualizzato, **si allega alla presente domanda:**

☐ Copia del **documento di riconoscimento** del destinatario del piano e del richiedente, se persona diversa dal destinatario del piano;

☐ Allegato B (**SCHEDA SALUTE**) alla Deliberazione n°9/15 del 12.02.2013 debitamente compilato e Sottoscritto a cura del Medico di Medicina Generale, da un Pediatra di libera scelta o da altro Medico di struttura pubblica che ha in cura la persona con disabilità (per i piani in rinnovo allegare SOLO in caso di aggravamento);

☐ Attestazione **ISEE 2026** per prestazioni socio-sanitarie ai sensi dell'art. 6 del D.P.C.M. n°159/2013;

☐ **Certificazione** di riconoscimento della disabilità ai sensi della **L 104/92, art. 3, comma 3** (copia conforme all'originale);

☐ Copia del provvedimento del Tribunale di nomina di tutore o amministratore di sostegno (qualora necessario);

Dualchi, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Informativa ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (General Data Protection Regulation) e della normativa nazionale.

Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Dualchi, web: [www.comune.dualchi.nu.it](http://www.comune.dualchi.nu.it)

Data Protection Officer – Responsabile Protezione Dati: avv. Etzo Alessandra Sebastiana, e-mail: [dpo@unionemarghine.it](mailto:dpo@unionemarghine.it).

Si informa l'interessato che i suoi dati personali verranno trattati nel rispetto dei principi di finalità, liceità, minimizzazione, esattezza, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza.

Il trattamento potrà avvenire utilizzando supporti cartacei e/o informatici e/o telematici.

Il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale e comunque un interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri al quale è soggetto il Titolare del trattamento. La comunicazione dei dati personali da parte dell'interessato ed il consenso al loro successivo trattamento è libera e facoltativa ed un eventuale rifiuto comporta per l'Amministrazione l'impossibilità di procedere alla verifica dei requisiti e, conseguentemente, di poter erogare il servizio richiesto.

L'interessato potrà in qualsiasi momento, esercitare i diritti:

- di richiedere maggiori informazioni in relazione ai contenuti della presente normativa;
- di accesso ai dati personali;
- di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguardano;
- di opporsi al trattamento;
- alla portabilità dei dati;
- di revocare il consenso, ove previsto: la revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso conferito prima della revoca;
- di proporre reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy);
- di dare mandato a un organismo, un'organizzazione o un'associazione senza scopo di lucro per l'esercizio dei suoi diritti;
- di richiedere il risarcimento dei danni conseguenti alla violazione della normativa.

I dati raccolti dall'Ente saranno trattati per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata, e successivamente conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

Qualora il Titolare del trattamento intenda trattare ulteriormente i dati personali per una finalità diversa da quella per cui essi sono stati raccolti, prima di tale ulteriore trattamento verranno fornite informazioni in merito a tale diversa finalità e ogni ulteriore informazione pertinente.

L'interessato potrà esercitare i propri diritti contattando il Titolare del trattamento e/o il Data Protection Officer – Responsabile Protezione Dati.

Dualchi, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_