



COMUNE DI SARROCH

Città Metropolitana di Cagliari

+39 070 90926 200

protocollosarroch@pec.it

www.comune.sarroch.ca.it

Via Siotto, 2 - 09018 SARROCH

AREA POLITICHE SOCIALI

Servizio Sociale
Servizio Politiche Giovanili

DOMANDA PER LA PREDISPOSIZIONE DEI PIANI PERSONALIZZATI DI SOSTEGNO PER DISABILI GRAVI AI SENSI DELLA LEGGE N° 162/1998. ANNUALITÀ 2026

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a a _____

(Prov. _____) il ____/____/____ residente a _____ in via _____ n. _____

Cod. Fisc. _____ Cell. _____

mail/pec: _____ (indicare almeno un indirizzo e-mail attivo)

in qualità di:

- Persona disabile in situazione di gravità**
 Esercente la potestà o la tutela
 Familiare _____ (Indicare grado di parentela)

CHIEDE

- L'ADEGUAMENTO di un piano in corso**
 LA PREDISPOSIZIONE di un nuovo piano

DI CUI ALLA LEGGE 162/98 PER L'ANNO 2026

In favore di (nome e cognome del soggetto con disabilità in situazione di gravità)

_____ nato a _____ il ____/____/____

residente a Sarroch in via _____ n. _____

Codice fiscale _____

A tal fine, il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000

DICHIARA

- che il destinatario del Piano personalizzato è in possesso del riconoscimento dell'handicap in situazione di gravità (ex articolo 3 comma 3 legge 104/92) con visita effettuata in data ____/____/____ con revisione disposta per _____;
- di essere consapevole che la gestione del progetto non può essere affidata ai parenti conviventi né a quelli indicati all'art. 433 del Codice civile;
- di voler o di NON voler aggiornare la **SCHEDA SALUTE (Allegato B)** relativa alle condizioni del beneficiario in quanto sono variate le condizioni sanitarie dello stesso;



di voler o di NON voler aggiornare la **SCHEDA SOCIALE (Allegato C)** relativa alle informazioni sui servizi fruiti, sul carico familiare e sul progetto.

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

- che nel nucleo familiare sono presenti n. _____ **disabili** (allegare copia della certificazione di invalidità civili e/o L. 104/92);
 - che sono presenti nel nucleo familiare, così come sopra composto, familiari affetti da gravi patologie sanitarie (allegare copia della certificazione sanitaria);
 - **che il proprio stato di famiglia alla data di presentazione della domanda** è così composto (tutti i componenti nucleo):

N.	COGNOME E NOME	GRADO DI PARENTELA	ETA'	ORE GIORNALIERE DEDICATE ALLA CURA
1				
2				
3				
4				
5				

INOLTRE, DICHIARA

di voler impegnare le risorse economiche del Piano personalizzato L.162/98 in favore di _____ nato/a _____ Prov. _____ il _____ e residente in _____ Prov. _____ Via _____ n. _____ Cellulare _____ mail/pec: _____

che il pagamento delle somme relative al rimborso delle spese sostenute a valere del progetto, sia effettuato nel modo seguente:

- quietanza diretta presso gli sportelli del Banco di Sardegna;
 - accredito su c/c corrente bancario - postale - carta prepagata: Non sono ammissibili libretti postali.

intestato a



COMUNE DI SARROCH

Città Metropolitana di Cagliari

📞 +39 070 90926 200

✉ protocollosaroch@pec.it

🏛 www.comune.sarroch.ca.it

📍 Via Siotto, 2 - 09018 SARROCH

AREA POLITICHE SOCIALI

Servizio Sociale

Servizio Politiche Giovanili

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Art. 46 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000

Consapevole che, le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, il sottoscritto dichiara, di aver fruito dei permessi di lavoro ai sensi della Legge 104/92 per l'anno 2025 per un numero di settimane annuali pari a _____ e per n. ore settimanali _____, per un totale complessivo di ore annuali pari a _____;

SOTTOSCRIZIONE DELL'ISTANZA DI AUTOCERTIFICAZIONE

Il/La Sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri.

Il/La Sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente al Comune di Sarroch – Area Politiche Sociali, a pena della sospensione dei benefici, qualsiasi variazione riguardante i dati forniti nella presente autocertificazione, nonché quelli di carattere sanitario.

Sarroch, li _____ / _____ / _____

Firma del richiedente

N.B: Il presente modulo di domanda dovrà essere debitamente compilato in ogni sua parte, sottoscritto e corredato di tutta la documentazione sottoelencata.

La mancata compilazione anche parziale del modulo e la mancata presentazione dei documenti richiesti, comporterà la mancata attribuzione del punteggio.



COMUNE DI SARROCH

Città Metropolitana di Cagliari

+39 070 90926 200

protocollosaroch@pec.it

www.comune.sarroch.ca.it

Via Siotto, 2 - 09018 SARROCH

AREA POLITICHE SOCIALI

Servizio Sociale
Servizio Politiche Giovanili

ALLEGATI ALLA DOMANDA

- Copia fotostatica del codice fiscale e del documento di identità del BENEFICIARIO;
- Copia fotostatica del codice fiscale e del documento di identità del DICHIARANTE;
- Copia del verbale di certificazione di invalidità civile e L. 104/92 rilasciato dalla Commissione Medica della A.S.L. di appartenenza, con indicata la situazione di handicap in situazione di gravità, **del beneficiario**;
- Copia del verbale di certificazione di invalidità civile e L. 104/92 rilasciato dalla Commissione Medica della A.S.L. di appartenenza, con indicata la situazione di handicap in situazione di gravità **di familiari conviventi**;
- Certificazioni sanitarie attestanti gravi patologie di **familiari conviventi**;
- Certificazione ISEE 2026 per prestazioni socio – sanitarie di cui all’articolo 6 del DPCM 159/2013;
- Eventuale fotocopia del Decreto di nomina di Tutore o Amministratore di sostegno rilasciato dal competente Tribunale;
- Altro (specificare): _____