



**COMUNE DI BUDONI**  
AREA SERVIZI SOCIALI

E-MAIL: [serviziociali@comune.budoni.ot.it](mailto:serviziociali@comune.budoni.ot.it)  
PEC: [serviziociali@pec.comune.budoni.ot.it](mailto:serviziociali@pec.comune.budoni.ot.it)

TEL. 0784/844007  
P.zza Giubileo, 1 - 07051 Budoni (SS)

ALL. A-1. MODULO RINNOVO.

**OGGETTO: DOMANDA PER LA PROROGA DEL CONTRIBUTO PER LA REALIZZAZIONE DEI PIANI PERSONALIZZATI IN FAVORE DI PERSONE CON HANDICAP GRAVE. LEGGE 21 MAGGIO 1998, N. 162 - PROGRAMMA 2026. (Scadenza 31/03/2025)**

Il/La sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
Nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente  
a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Di essere beneficiario del programma in oggetto;

**OPPURE**

Di essere:

familiare di riferimento  tutore  curatore  amministratore di sostegno  persona delegata e proporre domanda in nome e per conto del beneficiario:

Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n ° Tel.  
\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_.

**RICHIEDE**

la proroga del programma in oggetto.



**COMUNE DI BUDONI**  
AREA SERVIZI SOCIALI

E-MAIL: [serviziociali@comune.budoni.ot.it](mailto:serviziociali@comune.budoni.ot.it)

PEC: [serviziociali@pec.comune.budoni.ot.it](mailto:serviziociali@pec.comune.budoni.ot.it)

TEL. 0784/844007

P.zza Giubileo, 1 - 07051 Budoni (SS)

**INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

- consapevole che in caso di mendaci, falsità in atti o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000, l'Amministrazione provvederà alla revoca dei benefici eventualmente concessi, come previsto dall'art. 75 D.P.R. n. 445/2000;
- nonché di quanto previsto dall'art. 71, comma 3, D.P.R. n. 445/2000, in merito al contestuale consenso prestato dal dichiarante, con la presente, al controllo corrispondenza di quanto dichiarato, con le risultanze dei dati custoditi dalla competente amministrazione pubblica;
- il dichiarante è informato che il trattamento dei dati personali forniti avviene nel rispetto di quanto sancito dall'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Budoni, li \_\_\_\_\_

Il dichiarante

**Documentazione da allegare al modulo:**

- Copia ISEE 2026 per prestazioni socio sanitarie - sulla base della nuova normativa (art. 6 del DPCM n. 159 del 2013, L.89 del 26.05.2016, art.2 sexies e s.m.i.), priva di omissioni/difformità;
- Scheda Salute (Allegato B) da redigere a cura del medico di medicina generale e/o pediatra di libera scelta e/o dal medico specialista di struttura pubblica o convenzionata che ha in carico il paziente, **SOLO IN CASO DI EVENTUALE AGGRAVAMENTO DELLO STATO DI SALUTE DEL BENEFICIARIO;**
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (Allegato D), con indicazione dei redditi esenti IRPEF relativi all'anno 2025;
- Copia dell'IBAN se diverso da quello indicato nell'annualità precedente.

**N.B. La documentazione deve essere presentata a mano all'Ufficio Protocollo del Comune di Budoni, a mano presso l'Ufficio dei Servizi Sociali del Comune di Budoni o trasmessa all'indirizzo pec: protocollo@pec.comune.budoni.ot.it.**