



COMUNE DI BUDONI
AREA SERVIZI SOCIALI

E-MAIL: servizisociali@comune.budoni.ot.it
PEC: servizisociali@pec.comune.budoni.ot.it

TEL. 0784/032200
P.zza Giubileo, 1 - 07051 Budoni (SS)

ALL. A -2. NUOVA DOMANDA.

OGGETTO: 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 - PROGRAMMA 2026. (Scadenza 31/03/2026).

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

Chiede di poter accedere al programma in oggetto e a tal fine

DICHIARA

Di essere riconosciuto portatore di Handicap Grave ai sensi della Legge 5 maggio 1992, n° 104 art. 3 comma 3 e di proporre domanda per sé medesimo;

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. _____.

Dichiara di essere, alla data di presentazione della domanda, in possesso della certificazione di cui all'art. 3 comma 3 della L. 104/92 e che:

la certificazione di cui all'art. 3 comma 3 della L. 104/92, (indicare la data di visita collegiale: ____/____);



COMUNE DI BUDONI
AREA SERVIZI SOCIALI

E-MAIL: serviziociali@comune.budoni.ot.it

PEC: serviziociali@pec.comune.budoni.ot.it

TEL. 0784/032200

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

Che il CODICE IBAN sul quale accreditare il finanziamento (SOLO gestione indiretta) è il seguente:

Intestata a _____.

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



COMUNE DI BUDONI
AREA SERVIZI SOCIALI

E-MAIL: serviziociali@comune.budoni.ot.it

PEC: serviziociali@pec.comune.budoni.ot.it

TEL. 0784/032200

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

Documentazione da allegare al modulo:

- Copia ISEE 2026 per prestazioni sociosanitarie - 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;
- Copia del verbale attestante la condizione di handicap grave di cui alla legge n° 104/1992 articolo 3 comma 3;
- 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;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (Allegato D), con indicazione dei redditi esenti IRPEF relativi all'anno 2025;
- Eventuale copia del provvedimento del Tribunale di nomina di tutore o amministratore di sostegno;
- Copia fotostatica del documento di identità e del codice fiscale del destinatario del piano e del richiedente;
- Copia del Codice IBAN.

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 .