

**OGGETTO: RICHIESTA PROSECUZIONE PIANO IN CORSO PER L'ANNO
 2026 AI SENSI DELLA L. 162/98**

PIANO PERSONALIZZATO IN FAVORE DI	
Nata/o ad	
Nata/o il	
Codice fiscale	
Residente a Mogorella in Via / NR.	
Numero di telefono (obbligatorio)	

La beneficiaria/ il beneficiario del Piano personalizzato di cui sopra, Ovvero la sottoscritta/ il sottoscritto:

Delegato/Amministratore di sostegno/ Arente la responsabilità genitoriale/tutore (specificare)	
Nome e Cognome	
Nata/o ad	
Nata/o il	
Codice fiscale	
Residente a	
In via / nr.	
Numero di telefono (obbligatorio)	

CHIEDE

che venga data prosecuzione al Piano Personalizzato di sostegno ai sensi della L. 162/98 in corso con rinnovo da attuarsi dal 1° maggio 2026 in favore del beneficiario sopra specificato.

<input type="radio"/> di rinnovare la scheda sociale	<input type="radio"/> di non rinnovare la scheda sociale
--	--

DICHIARA

<input type="radio"/> di allegare la scheda salute in quanto modificata	<input type="radio"/> di NON allegare la scheda salute in quanto non è modificata
<input type="radio"/> di aver presentato il modello isee 2026 e consente l'ufficio a prenderne visione tramite il portale unico isee	<input type="radio"/> di aver presentato il modello isee 2026 e di allegarlo in modalità cartacea allegato alla presente

ALLEGA

<input type="checkbox"/> Certificazione ISEE 2026/ Presta consenso alla presa visione sul sito INPS da parte dell'ufficio competente
<input type="checkbox"/> (Allegato D) Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante gli emolumenti non soggetti a IRPEF percepiti nell'anno 2025;
<input type="checkbox"/> (allegato E) Delega presentazione Istanza e documentazione
A tal fine allega EVENTUALMENTE, SE NECESSARI alla presente:

ALLEGATO G

<input type="checkbox"/> Copia del verbale di certificazione attestante il riconoscimento dell'handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge n° 104/92 modificato alla data del 31.03.2026;
<input type="checkbox"/> (Allegato B) Solo in caso di aggravamento delle condizioni di salute: Scheda Salute (Allegato B)
<input type="checkbox"/> Per i tutori e gli amministratori di sostegno: fotocopia del decreto di nomina in corso di validità (solo se nuova nomina/ modifica)
<input type="checkbox"/> (Allegato C) l'eventuale fruizione, da parte di uno o più familiari conviventi del disabile, di permessi lavorativi retribuiti ai sensi della Legge m. 104/92

Mogorella, _____

(Firma del richiedente) _____