



Comune di Villanova Truschedu

Provincia di Oristano

Area Amministrativa – Ufficio Servizi Sociali

Tel. 0783 607603 – 0783 1931438

e mail: protocollo@comune.villanovatrusedu.or.it sociale@comune.villanovatrusedu.or.it

All'Ufficio SERVIZI SOCIALI del Comune di Villanova Truschedu

OGGETTO: Legge n. 162/98 – Richiesta Piano personalizzato di sostegno in favore di persone con grave disabilità (ai sensi della Legge n. 104/92 art.3 c.3). Annualità 2026

Il/La sottoscritt _____ nat_ a _____

Prov. _____ il _____ / _____ / _____ residente a _____

in via _____ n° _____ C.F. _____

tel. _____ e mail _____

in qualità di

- ☐ destinatario del piano ☐ familiare di riferimento ☐ titolare della responsabilità genitoriale
☐ incaricato della tutela/curatela/amministrazione di sostegno

CHIEDE

☐ NUOVA ATTIVAZIONE

☐ RINNOVO

del Piano personalizzato ai sensi della L.162/98 per l'anno 2026 in favore di:

☐ sé medesimo

oppure

☐ altra persona (nome e cognome) _____

nat_ a _____ Prov. _____ il _____ / _____ / _____

residente a Villanova Truschedu in via _____ n° _____

C.F. _____ telefono _____ email _____

DICHIARA

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

☐ che non si rende necessario apportare alcuna modifica al Piano e pertanto si conferma la documentazione trasmessa per la predisposizione di quello dell'anno precedente e già agli atti dell'Ufficio:

☐ che si dovranno apportare le modifiche relative alle seguenti schede:

- ☐ Scheda salute - Allegato B
☐ Scheda sociale - Allegato C

☐ di indicare come modalità di pagamento del rimborso dovuto in caso di attivazione del piano una delle seguenti opzioni: (barrare la scelta)

☐ bonifico bancario presso il conto corrente intestato o cointestato al beneficiario (allegare fotocopia dell'iban con intestatario del conto corrente bancario o postale);

☐ quietanza diretta in denaro contante intestata al beneficiario del piano da ritirare presso la Tesoreria comunale;

☒ quietanza diretta in denaro contante con delega alla riscossione a favore di _____ nato a _____ il _____ CF: _____ da ritirare presso la Tesoreria comunale (allegare carta d'identità del delegato);

☐ di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016;

Riservato ai NUOVI PIANI

Si allega:

- ☐ Verbale di riconoscimento Legge n. 104/92;
- ☐ Attestazione ISEE socio-sanitario 2026;
- ☐ Scheda salute - Allegato B;
- ☐ Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà degli emolumenti percepiti nell'anno 2025 (Allegato D);
- ☐ Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e/o del destinatario del piano;
- ☐ Informativa privacy;
- ☐ Eventuale decreto di nomina di Amministratore di sostegno/Tutore/Curatore;

Riservato ai RINNOVI

Si allega:

- ☐ Verbale di riconoscimento Legge n. 104/92 (in caso di revisione);
- ☐ Attestazione ISEE socio-sanitario 2026;
- ☐ Scheda salute - Allegato B (qualora si ravvisi una variazione significativa rispetto alla valutazione precedente; in caso contrario la valutazione considerata sarà quella relativa all'ultima scheda salute presentata all'Ufficio Servizi Sociali nell'ambito del progetto personalizzato L. 162/98);
- ☐ Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà degli emolumenti percepiti nell'anno 2025 - Allegato D;
- ☐ Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e/o del destinatario del piano;
- ☐ Informativa privacy;
- ☐ Eventuale decreto di nomina di Amministratore di sostegno/Tutore/Curatore;

Data _____

(firma)