

PROTOCOLLO N. _____ DEL _____



COMUNE DI SANTA MARIA COGHINAS

SERVIZI SOCIALI

Misure di sostegno in favore di persone in situazione di disabilità grave ai sensi della Legge n° 162/98 – Piani personalizzati di sostegno. Periodo 1° Maggio 2026 - 31 Dicembre 2026

RICHIESTA NUOVA ATTIVAZIONE PIANO PERSONALIZZATO ANNO 2026

Il/La Sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ____/____/____ Codice Fiscale _____
residente a _____ in via _____
recapito telefonico _____ mail _____

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto all'art. 47 del D.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.p.r. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti

CHIEDE

in nome e per conto di *(indicare, se diverso dal richiedente, i dati del soggetto Beneficiario)*:

☐ **minore** ☐ **interdetto** ☐ **amministrato** ☐ **familiare**

(nome e cognome)

_____ nato/a a _____
_____ il ____/____/____ Codice Fiscale _____
residente a _____ in via _____

La predisposizione del piano personalizzato di sostegno ai sensi della Legge 162/98 per il periodo 1° maggio 2025 - 31 dicembre 2025 in favore di:

DICHIARA

che il proprio nucleo familiare, ovvero il nucleo familiare del destinatario del piano di sostegno è così composto:

COGNOME E NOME	Luogo di nascita	Data di nascita	Parentela

- ☐ di essere in possesso della certificazione ISEE 2026 per prestazioni socio sanitarie (ISEE ristretto) e di essere a conoscenza che in assenza di tale documento verrà applicata la riduzione dell'80% al finanziamento del progetto;

In assenza di tale documento verrà applicata la riduzione dell'80 % al finanziamento del progetto.

- ☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione del proprio recapito telefonico indispensabile per lo svolgimento del colloquio al fine della redazione della Scheda Sociale.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs N. 196 del 30/03/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega obbligatoriamente la seguente documentazione:

- ☐ **COPIA VERBALE definitivo del riconoscimento della condizione di disabilità grave rilasciato ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 3**
- ☐ **COPIA VERBALE D'INVALIDITA'**
- ☐ **SCHEDA SALUTE (Allegato B) debitamente compilata, firmata e timbrata dal medico di medicina generale, o dal pediatra di libera scelta o da altro medico**
- ☐ **ALLEGATO D (Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà) debitamente compilato e firmato;**
- ☐ **Altra documentazione comprovante condizioni di disabilità, o invalidità, o condizioni di salute gravi riferite a familiari appartenenti allo stesso nucleo del richiedente**
- ☐ **CERTIFICAZIONE ISEE ANNO 2026 – ISEE RISTRETTO**
- ☐ **ALLEGATO 1, solo in caso di minore beneficiario.**

Ulteriore documentazione da allegare:

- ☐ Informativa Privacy (obbligatoriamente firmata);
- ☐ Copia documento riconoscimento del dichiarante;
- ☐ Copia Iban per eventuale accredito beneficio.

DATA _____

FIRMA _____

FIRMA _____

(In caso di beneficiario minore, firma di entrambi i genitori)

