



COMUNE DI SEDINI

Provincia di Sassari

Via La Rampa, 20 - 07035 SEDINI

C.F. 80003520907 – P.IVA 01257180909

Area socio-assistenziale, scolastica culturale

Tel 079/589205

E-mail ssociali@comune.sedini.ss.it

www.comune.sedini.ss.it

**AL RESPONSABILE
AREA SERVIZI SOCIALI
COMUNE DI SEDINI**

OGGETTO: L. 162/98 - Richiesta di predisposizione piano personalizzato di sostegno a favore di persona con disabilità grave. Anno 2026.

Il sottoscritto.....nato aProv.....

il.....residente a SEDINI in via.....n°.....

Codice Fiscale.....tel.....

CHIEDE

che venga predisposto:

- ☐ un nuovo piano personalizzato di sostegno
- ☐ il rinnovo del piano in corso

A FAVORE DI

☐ sé medesimo

☐ in favore del/la Sig./ra..... nato/a a

il.....residente a SEDINI in vian°.....

Codice Fiscale.....



COMUNE DI SEDINI

Provincia di Sassari

Via La Rampa, 20 - 07035 SEDINI

C.F. 80003520907 – P.IVA 01257180909

Area socio-assistenziale, scolastica culturale

Tel 079/589205

E-mail ssociali@comune.sedini.ss.it

www.comune.sedini.ss.it

A tal fine allega alla presente:

- ☐ Scheda salute compilata a cura del medico di base;
- ☐ Certificazione della disabilità grave ai sensi della **L.104/92, art. 3, comma 3**;
- ☐ Allegato D;
- ☐ Certificazione ISEE 2026;
- ☐ Fotocopia documento di identità del richiedente.

SEDINI, lì _____

Firma
