C O M U N E DI BORUTTA
(Provincia di Sassari)
Via della Libertà, 11 Borutta – Tel. 079 824025
Sito: www.comune.borutta .ss.it - E Mail sociale@comune.borutta.ss.it
Ufficio Servizi Sociali

Al Responsabile del Servizio Sociale
del Comune di Borutta

RICHIESTA RIVALUTAZIONE PIANO PERSONALIZZATO ANNO 2026

Il/la sottoscritt_ _____ nat_ a _____ il _____ residente a _____ in Via _____ n° _____ domiciliat_ a (se diverso dalla residenza) _____ in Via _____ n°____

Cod. Fisc. _____

mail _____

telefono_____cellulare

_____

in qualità di:

□ destinatario/a dell'intervento;

□ familiare di riferimento (indicare il rapporto di parentela)

_____

□ incaricato della tutela;

□ titolare della potestà genitoriale;

□ amministratore di sostegno della persona destinataria dell'intervento:

Cognome _____Nome_____ nat_ a _____ il _____ residente a _____ in Via _____ n° _____ domiciliat_ a _____ in Via _____ n°____

Cod. Fisc. _____

tel. _____

mail _____ posta elettronica _____

C O M U N E DI BORUTTA
(Provincia di Sassari)
Via della Libertà, 11 Borutta – Tel. 079 824025
Sito: www.comune.borutta .ss.it - E Mail sociale@comune.borutta.ss.it
Ufficio Servizi Sociali

CHIEDE

□ la rivalutazione del piano a seguito di variazione della situazione SANITARIA attraverso la presentazione di una nuova SCHEDA SALUTE - ***SOLO IN CASO DI AGGRAVAMENTO DELLA SITUAZIONE DI SALUTE-***

□ la rivalutazione del piano a seguito di variazioni nella propria situazione SOCIALE - ***SOLO IN CASO DI VARIAZIONI DELLE SEGUENTI CONDIZIONI***:

□ PRESENZA, nel nucleo familiare del richiedente, di ulteriori componenti in condizioni di disabilità, o invalidità, o condizioni di salute gravi, non certificati nell'anno precedente.

□ DIFFERENTE COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE rispetto all'anno 2024, attualmente così composto:

COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	PARENTELA

Allega alla presente la seguente documentazione:

1. NEL CASO DI VARIAZIONI DELLA SITUAZIONE SANITARIA

□ SCHEDA SALUTE (Allegato B), compilata, firmata e timbrata dal medico di medicina generale, o dal pediatra di libera scelta, o da altro medico

2. NEL CASO DI VARIAZIONI DELLA SITUAZIONE SOCIALE

□ Altra documentazione comprovante condizioni di disabilità, o invalidità, o condizioni di salute gravi riferite a familiari appartenenti allo stesso nucleo del richiedente.

C O M U N E DI BORUTTA
(Provincia di Sassari)
Via della Libertà, 11 Borutta – Tel. 079 824025
Sito: www.comune.borutta .ss.it - E Mail sociale@comune.borutta.ss.it
Ufficio Servizi Sociali

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.

DATA_____ FIRMA _____