

AI Responsabile dell'Area dei Servizi Sociali
del Comune di SAN VERO MILIS (OR)

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

Scadenza presentazione istanze 03/04/2026

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (Prov.____) il

____/____/____ C.F. _____ residente a

_____ (Prov.____) in Via _____ n.____

recapito telefonico _____ e-mail _____

in qualità di:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> beneficiario | <input type="checkbox"/> tutore legale |
| <input type="checkbox"/> coniuge | <input type="checkbox"/> amministratore di sostegno |
| <input type="checkbox"/> figlio/a | <input type="checkbox"/> altro _____ |

Consapevole che, ai sensi dell'art. art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm., la falsità negli atti e l'uso di atti falsi è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 77 del medesimo D.P.R. n.445/2000 in merito alla decadenza;

CHIEDE

in suo favore;

in favore del Sig./ra _____ nato/a a _____

(Prov.____) il ____/____/____ C.F. _____ residente a

_____ (Prov.____) in Via _____ n.____

recapito telefonico _____ e-mail _____

Di predisporre ed inoltrare, presso l'Assessorato Regionale Igiene, Sanità e Assistenza Sociale un Piano Personalizzato di Sostegno ai sensi della L.162/1998 e pertanto di essere convocato per collaborare alla stesura del progetto.

CHIEDE INOLTRE,

ai fini della riscossione dei mandati corrispondenti, che gli stessi vengano corrisposti mediante:

- Quietanza diretta (per gli importi entro i limiti consentiti dalla legge);
- Accreditamento su C/C intestato al beneficiario. (NON SONO AMMESSI LIBRETTI POSTALI).

A tal fine allega la seguente documentazione:

- Certificazione dello Stato di Handicap Grave di cui all'articolo 3, comma 3, della L. n. 104/1992;**
- Scheda salute (Allegato B)** debitamente compilata e sottoscritta a cura del medico di Medicina Generale o dal Medico di struttura pubblica o dal Medico convenzionato che ha in cura la persona con disabilità;
- Scheda sociale (Allegato C);**
(la cui compilazione compete all'Assistente Sociale in collaborazione con il destinatario del piano o l'incaricato della tutela o titolare della patria potestà o amministratore di sostegno);
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (Allegato D);**
- ISEE SOCIO-SANITARIO anno 2026;**
- Fotocopia documento d'identità** in corso di validità del destinatario del piano e del richiedente;
- Codice IBAN** (NON SONO AMMESSI I LIBRETTI POSTALI).

AUTORIZZA

Il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento europeo per la protezione dei dati personali n. 2016/679 e della normativa vigente in materia.

DICHIARA

di aver preso visione e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali sul sito del Comune all'indirizzo www.comune.sanveromilis.or.it e di essere consapevole che i dati personali forniti con la presente domanda saranno trattati a conservati dall'Amministrazione Comunale di San Vero Milis ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 per il periodo di svolgimento dell'attività correlata. L'interessato potrà esercitare i diritti indicati nell'informativa ai sensi del sopracitato regolamento.

Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di San Vero Milis.

San Vero Milis, lì _____

Il Richiedente
