

**Al 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 2025

**Scadenza presentazione istanze 11/04/2025**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
(Prov.\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_(Prov.\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

in qualità di:

beneficiario

tutore legale

coniuge

amministratore di sostegno

figlio/a

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** posseduta entro e non oltre il 31 marzo 2025
- 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 in corso di validità (2025);**
- 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](http://www.comune.sanveromilis.or.it) e di essere consapevole che i dati personali forniti con la presente domanda saranno trattati e 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, li \_\_\_\_\_

Il Richiedente  
\_\_\_\_\_