

AL COMUNE DI SIURGUS DONIGALA  
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

*RICHIESTA PER LA PREDISPOSIZIONE DEL PIANO PERSONALIZZATO DI SOSTEGNO AI SENSI DELLA LEGGE  
N. 162/98*

\_ I\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_, Via/ Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

In qualità di :

destinatario del piano

Oppure:

incaricato della tutela

titolare della potestà genitoriale

amministratore di sostegno

familiare referente (indicare il rapporto di parentela): \_\_\_\_\_

Di:

Cognome e nome del portatore di handicap \_\_\_\_\_

Nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

E residente a Siurgus Donigala in Via \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

La predisposizione del Piano Personalizzato ai sensi della legge 162/98, Programma  
2012, Annualità 2013.

Indicare a quale categoria appartiene il destinatario del Piano Personalizzato

Minore  Adulto  Anziano

Indicare se si tratta di piano  **NUOVO**  **RINNOVO**

*Si allega alla presente:*

- Copia della Certificazione di Handicap Grave L. 104/92, art. 3, comma 3 del destinatario.
- Certificazione ISEE del solo assistito del piano, relativa ai redditi prodotti nell'anno 2011.
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (All. D) relativa agli emolumenti esenti IRPEF percepiti dal destinatario del piano nell'anno 2011.
- SOLO IN CASO di nomina di tutore o amministratore di sostegno, produrre copia della relativa documentazione.
- SCHEDA SALUTE (All. B) compilata a cura del Medico di Medicina Generale (Medico di Famiglia) o altro medico di Struttura pubblica o convenzionata

**NOTA BENE:** PER I RINNOVI, secondo quanto stabilito dalla Del. di Giunta n. 48/46 del 11/12/2012 si può considerare valida la Scheda Salute compilata per il Programma 2011. In caso si voglia sostituire la scheda salute già agli atti del servizio sociale, dovranno essere allegati copia dei certificati medici attestanti il peggioramento della condizione di salute.

- Dichiarazione attestante la fruizione di permessi L. 104/92 da parte di familiari conviventi con il destinatario del piano.
- Copia di un documento d'identità in corso di validità e del codice fiscale del dichiarante e del destinatario del piano.

Siurgus Donigala lì, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Lo scrivente autorizza l'Ente all'utilizzo dei dati personali ai sensi del Dgls 196/2003, nell'ambito di quanto necessario all'espletamento della pratica.

Firma

\_\_\_\_\_