

OGGETTO: DOMANDA PER LA CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO PER LA REALIZZAZIONE DEI PIANI PERSONALIZZATI IN FAVORE DI PERSONE CON HANDICAP GRAVE LEGGE 21 MAGGIO 1998, N. 162 - ATTUAZIONE 2025

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ Data di nascita _____

Comune di nascita _____ Prov. di nascita _____

Indirizzo di residenza _____

Comune _____ Prov. _____ CAP _____

Telefono _____ Indirizzo e-mail _____

Cellulare _____ Pec _____

CHIEDE

Per sé medesimo

In qualità di: _____
(specificare il grado di parentela, amministrazione di sostegno o tutela)

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ Data di nascita _____

Comune di nascita _____ Prov. di nascita _____

Indirizzo di residenza _____ 08025 OLIANA (NU)

Telefono / Cellulare _____

Indirizzo email _____

**L'ATTIVAZIONE DEL PIANO PERSONALIZZATO DI CUI ALLA LEGGE 21 MAGGIO 1998,
N. 162 - ATTUAZIONE 2025**

A tal fine consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000, l'Amministrazione provvederà alla revoca dei benefici eventualmente concessi, come previsto dall'art. 75 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

IN CASO DI: **NUOVO PIANO**

- Che la certificazione di cui all'art. 3 della L. 104/92, è stata rilasciata in data **ANTECEDENTE** al 31.03.2025 con scadenza il _____.
- Di allegare attestazione Isee 2025 con importo pari a € _____,
- Che il proprio nucleo familiare è composto da n. _____ persone e che all'interno ci sono n. _____ componenti con età superiore a 75 anni
- Che nel proprio nucleo sono presenti altri figli sotto i 3 anni
- Che nel nucleo della persona con disabilità grave è presente un solo genitore, o in assenza di genitori, un familiare convivente
- Di allegare la scheda di salute 2025
- Di optare per la gestione **Diretta** (la realizzazione del piano è gestita dal comune di residenza del destinatario del piano)
- Di optare per la gestione **Indiretta** (la realizzazione del piano è affidata alla famiglia)

IN CASO DI: **RINNOVO**

- Di allegare attestazione Isee 2025 con importo pari a € _____,
- Che il nucleo familiare è composto da n. _____ persone e che all'interno ci sono n. _____ componenti con età superiore a 75 anni
- Che nel proprio nucleo sono presenti altri figli sotto i 3 anni
- Che nel nucleo della persona con disabilità grave è presente un solo genitore, o in assenza di genitori, un familiare convivente
- In caso di peggioramento della situazione sanitaria allega la scheda di salute 2025
- Di optare per la gestione **Diretta** (la realizzazione del piano è gestita dal comune di residenza del destinatario del piano)
- Di optare per la gestione **Indiretta** (la realizzazione del piano è affidata alla famiglia)
Allega il documento di identità personale fronte/retro

Dichiara, infine, di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 Dlgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati" e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679), i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Oliena, _____

Il dichiarante
