



# COMUNE DI SENNORI

## PROVINCIA DI SASSARI

### AREA SOCIALE

### - PIANO PERSONALIZZATO AI SENSI DELLA L. 162/98 - - ANNO 2026 -

#### NUOVO PIANO

Alla Responsabile dell'Area Sociale  
Comune di Sennori

**OGGETTO:** Richiesta predisposizione piano personalizzato ai sensi della L. n.162/98.  
Annualità 2026.

Il/La sottoscritto/a Nome  Cognome   
nato a  il  residente a Sennori in  
Via/Piazza  n.   
CF.   
Tel.  Mail

#### In qualità di

- ☐ Destinatario del piano
- ☐ Titolare/i della responsabilità genitoriale
- ☐ Amministratore di Sostegno o incaricato della tutela della persona destinataria del piano **(Allegare decreto)**
- ☐ Altro familiare in possesso di delega da parte del destinatario solo se il destinatario del piano non sia stato riconosciuto incapace/interdetto. **(Allegare delega)**

### CHIEDE

Che venga predisposto il piano personalizzato di sostegno ai sensi della L.162/98

- ☐ in proprio favore  
☐ in favore di

Nome  Cognome

nato a  il \_residente a Sennori in

Via/Piazza  n.

CF.

Tel.  Mail

### DICHIARA

**consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi:**

- che la composizione anagrafica del nucleo familiare del destinatario è la seguente:

Nome e Cognome	Luogo e data di nascita	Residenza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**a)** di aver preso visione del bando e di averlo compreso in ogni sua parte;

- che il richiedente è a conoscenza del fatto che chi beneficia dell'intervento L.162/98 non può assumere alle proprie dipendenze i parenti obbligati agli alimenti ai sensi dell'art. 433 del C.C.

- che il certificato attestante la condizione di Handicap Grave ai sensi della L. 104/92:

☐ ha scadenza il

☐ è permanente

#### DICHIARA

Che la persona destinataria del piano ha percepito nell'anno 2025 i seguenti emolumenti:

1-Pensione Invalidità civile

Importo

Annuale

2-Indennità di frequenza

Importo

Annuale

3-Indennità di accompagnamento

Importo

Annuale

4-Assegno sociale

Importo

Annuale

5-Pensioni o indennità INAIL

Importo

Annuale

6-Indennità o pensione per causa di guerra o servizio

Importo

Annuale

7-Assegni mensili continuativi erogati dalla Regione per particolari categorie di cittadini:

Importo

Annuale

- L.R. n. 27/83 – Provvidenze a favore dei talassemici, emofilici ed emolinfopatici maligni

Importo

Annuale

- L.R. n. 11/85 – Provvidenze a favore dei nefropatici

Importo

Annuale

- L.R. n. 20/97 – Provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche

Importo

Annuale

- L.R. n. 9/2004 – Provvidenze a favore di persone affette da neoplasie maligne

Importo

Annuale

**Totale Annuo**

Che uno o più familiari del disabile, usufruisce di permessi lavorativi ai sensi della Legge 104/92

SI

NO

## CHIEDE

**Che i rimborsi spettanti ai sensi della Legge 162/98 che vengano corrisposti con accredito su Conto Corrente Bancario o Postale intestato o cointestato al Beneficiario del Piano, avente il seguente IBAN:**

**IBAN**[illegible]

Intestato a

Nome  Cognome

nato a  il  residente a Sennori in

Via/Piazza  n.

CF.

presso Banca/ Ufficio Postale agenzia n.  di

**Allega alla presente la seguente documentazione:**

- **Delega** Mod. All.C) (da compilare solo nel caso in cui la domanda venga presentata da un familiare o altro referente);
- **Copia** del documento di identità valido del beneficiario e del tutore o amministratore di sostegno o del delegato dal richiedente;
- **Copia** del Codice Fiscale /tessera sanitaria;
- **Allegato B)** Scheda Salute compilata dal medico di medicina generale, dal pediatra, o dal medico specialista che ha in cura la persona nell'anno in corso; **(obbligatoria solo per i nuovi piani o in caso di aggravamento);**
- **Copia** del Certificato della Commissione Medico Legale attestante la condizione di Handicap Grave ai sensi della L. 104/92 Art. 3 Co. 3° **(obbligatoria solo per i nuovi piani o in caso di certificazioni NON permanenti);**
- **Attestazione ISEE per Prestazioni Sociosanitarie 2026** rilasciato da un Centro di Assistenza Fiscale competente (CAF);
- Fotocopia del decreto di nomina di tutore o amministratore di sostegno in corso di validità **(solo nel caso di persone tutelate o amministrate);**
- Delega per la presentazione, predisposizione e gestione del piano da altro genitore **(solo in caso di genitori separati o divorziati qualora si tratti di affidamento esclusivo);**
- Documentazione aggiornata attestante eventuali situazioni di gravi patologie riferite ad altro familiare convivente **(solo se il familiare convivente è in possesso di verbale di invalidità 100%);**
- Mod. Allegato F) compilato dal Medico di Medicina Generale o dal Medico

Pediatra, attestante che l'handicap grave del destinatario è congenito o sopravvenuto prima del compimento dei 35 anni di età, o altra certificazione attestante il medesimo stato.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a che, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, i dati personali forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

*N.B. Il presente modulo di domanda dovrà essere debitamente compilato in stampatello, in ogni sua parte, sottoscritto e corredato di tutta la documentazione richiesta dal caso. La mancata compilazione, anche parziale, del modulo, o la mancata presentazione anche di uno solo dei documenti richiesti comporterà la mancata attribuzione del punteggio o l'esclusione della domanda.*

Luogo e data

**Firma**

**Firma**

*(In caso di minori è necessaria la firma di entrambi i genitori)*