



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 veritieri, 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:

- L.R. n. 27/83 – Provvidenze a favore dei talassemici, emofilici ed emolinfopatici maligni
- L.R. n. 11/85 – Provvidenze a favore dei nefropatici
- L.R. n. 20/97 – Provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche
- L.R. n. 9/2004 – Provvidenze a favore di persone affette da neoplasie maligne

Importo

Annuale

Importo

Annuale

Importo

Annuale

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 accreditamento su Conto Corrente Bancario o Postale intestato o cointestato al Beneficiario del Piano, avente il seguente IBAN:

IBAN

Intestato a

Nome	<input type="text"/>	Cognome	<input type="text"/>		
nato a	<input type="text"/>	il	<input type="text"/>	residente a	Sennori in
Via/Piazza	<input type="text"/>			n.	<input type="text"/>
CF.	<input type="text"/>				
presso Banca/ Ufficio Postale agenzia n.	<input type="text"/>	di	<input type="text"/>		

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 corredata 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)