

Scadenza 31.03.2024



# COMUNE DI SENNORI

PROVINCIA DI SASSARI

## AREA SOCIALE

### - PIANO PERSONALIZZATO AI SENSI DELLA L. 162/98 - - RINNOVO ANNO 2024 -

**OGGETTO:** Richiesta rinnovo piano personalizzato ai sensi della L. n.162/98.  
Annualità 2023/Gestione **2024**.

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 **rinnovato** il piano personalizzato di sostegno ai sensi della L.162/98 .

- in proprio favore
- in favore di

Il/La sottoscritto/a Nome  Cognome   
nato a  il \_residente a Sennori in  
Via/Piazza  n.

CF.

Tel.

Mail

A tal fine sotto la propria personale responsabilità, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, nei casi previsti dalla Legge, sono punibili dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia (Artt. 75 e 76 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000) e altresì della decadenza dei benefici prodotti dal provvedimento emanato sulla base di una dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del suindicato D.P.R.;

### DICHIARA

che **NON SONO** intervenute modifiche significative della situazione sanitaria, sociale o familiare ;

che **SONO** intervenute modifiche significative della situazione sanitaria di cui all'**Allegato A)**. Nel caso siano intervenute modifiche occorre allegare il nuovo All. A) compilato, firmato e timbrato dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta;

che **SONO** intervenute modifiche significative della situazione sociale o familiare. Nel caso di variazioni della situazione sociale o familiare, allegare la documentazione comprovante condizioni di disabilità, invalidità o condizioni di salute gravi riferite a familiari appartenenti allo stesso nucleo del richiedente.

**ALLEGA** alla presente la seguente documentazione:

- Certificazione ISEE socio sanitario 2024;
- Copia documento di identità in corso di validità del beneficiario e/o dichiarante;

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

Sennori,

Firma

Firma

