



# COMUNE DI SENNORI

PROVINCIA DI SASSARI

AREA SOCIALE

## - PIANO PERSONALIZZATO AI SENSI DELLA L. 162/98 - - ANNO 2025 -

### NUOVO PIANO

Alla Responsabile dell'Area Sociale  
Comune di Sennori

**OGGETTO:** Richiesta predisposizione piano personalizzato ai sensi della L. n.162/98.  
Annualità 2025.

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"/>

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 2024 i seguenti emolumenti:

1-Pensione Invalidità civile	Importo	<input type="text"/>
	Annuale	
2-Indennità di frequenza	Importo	<input type="text"/>
	Annuale	
3-Indennità di accompagnamento	Importo	<input type="text"/>
	Annuale	
4-Assegno sociale	Importo	<input type="text"/>
	Annuale	
5-Pensioni o indennità INAIL	Importo	<input type="text"/>
	Annuale	
6-Indennità o pensione per causa di guerra o servizio	Importo	<input type="text"/>
	Annuale	
7-Assegni mensili continuativi erogati dalla Regione per particolari categorie di cittadini:	Importo	<input type="text"/>
	Annuale	
• L.R. n. 27/83 – Provvidenze a favore dei talassemici, emofilici ed emolinfopatici maligni	Importo	<input type="text"/>
	Annuale	
• L.R. n. 11/85 – Provvidenze a favore dei nefropatici	Importo	<input type="text"/>
	Annuale	
• L.R. n. 20/97 – Provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche	Importo	<input type="text"/>
	Annuale	
• L.R. n. 9/2004 – Provvidenze a favore di persone affette da neoplasie maligne	Importo	<input type="text"/>
	Annuale	
<b>Totale Annuo</b>		<input type="text"/>

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



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)*