

Scadenza 31.03.2025



COMUNE DI SENNORI

PROVINCIA DI SASSARI

AREA SOCIALE

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

OGGETTO: Richiesta rinnovo 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 **rinnovato** 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

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 il beneficiario:

- è minore degli anni 18 (*allegare delega alla presentazione dell'istanza da parte dell'altro genitore o decreto di affidamento esclusivo*);
- è maggiore degli anni 18;
- è minore degli anni 18 con un solo genitore, o persona esercente la responsabilità genitoriale, in vita.

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) Scheda Salute**. Nel caso siano intervenute modifiche occorre allegare il nuovo All. A) Scheda Salute, 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 2025;
- 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.