

Scadenza 31.03.2025



COMUNE DI SENNORI

PROVINCIA DI SASSARI

AREA SOCIALE

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

**Alla Responsabile dell'Area Sociale
Comune di Sennori**

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 **NON SONO** intervenute modifiche significative della situazione sanitaria, sociale o familiare;
- che **SONO** intervenute modifiche significative della situazione sanitaria di cui all'**Allegato B)**. Nel caso siano intervenute modifiche occorre allegare il nuovo All.B) 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;
- eventuale Allegato B).

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