



**COMUNE DI MUSEI**  
**Provincia Sud/Sardegna**  
**Settore-Sociale**

P.zza IV° Novembre - tel. 0781/7281  
pec: comune.musei@legalmail.it

**ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI**  
**DEL COMUNE DI MUSEI**

**DOMANDA PER LA PREDISPOSIZIONE DEI PIANI PERSONALIZZATI DI SOSTEGNO PER**  
**DISABILI GRAVI AI SENSI DELLA LEGGE N° 162/1998.**

**RINNOVI E NUOVI PIANI - ANNUALITÀ 2025**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
(Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Cod. Fisc. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ Mail/Pec: \_\_\_\_\_

in qualità di:

- Destinatario del piano
- Genitore
- Esercente la potestà o la tutela
- Familiare \_\_\_\_\_ (Indicare grado di parentela)
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_ delegato dalla persona destinataria del piano

**CHIEDE**

**che venga predisposto un piano personalizzato** ai sensi della Legge n. 162/1998

- DI RINNOVO di un piano in corso
- DI NUOVA ATTIVAZIONE

- In suo favore
- In favore di:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
residente a Musei in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

A tal fine, il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000

## DICHIARA

che il destinatario del Piano personalizzato è in possesso del riconoscimento dell'handicap in situazione di gravità (ex articolo 3 comma 3 legge 104/92) con

- VERBALE DEFINITIVO con visita effettuata in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
- VERBALE PROVVISORIO: con visita effettuata in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e con scadenza disposta per il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

### solo per i piani in rinnovo

- di confermare i dati della scheda salute e della scheda sociale contenuti nella precedente annualità;
- di voler aggiornare la scheda salute relativa alle condizioni del beneficiario in quanto sono variate le condizioni sanitarie dello stesso;
- di voler aggiornare la scheda sociale;

## A TAL FINE ALLEGA

- Copia della certificazione di handicap grave ai sensi della L. 104/92, art. 3 comma 3;
- Attestazione ISEE in corso di validità (**la mancata presentazione comporterà l'accoglimento dell'istanza con applicazione della decurtazione massima dell'80% sul finanziamento riconosciuto**);
- Eventuale delega, sottoscritta dal beneficiario, alla presentazione della domanda e alla gestione del progetto da parte di persona diversa dallo stesso;
- Eventuale copia del decreto di nomina Tutore/Amministratore di Sostegno;
- Scheda salute (Allegato B) - debitamente compilata e sottoscritta a cura del medico di Medicina Generale, da un Pediatra di Libera scelta o da altro Medico di struttura pubblica o convenzionato che ha in cura la persona con disabilità;
- Certificazione medica attestante l'insorgenza dell'handicap grave (congenito o comunque insorto entro i 35 anni di età) (salvo certificazione già depositata presso l'ufficio);
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (Allegato D) attestante gli emolumenti percepiti nell'anno 2024;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà – Fruizione servizi (Allegato E);
- Copia del Codice Iban del Conto Corrente intestato o cointestato con il beneficiario/genitore del minore.
- Copia del documento d'identità in corso di validità e codice fiscale del dichiarante e della persona delegata;

*Con la sottoscrizione dell'istanza si dichiara, altresì di avere preso visione dell'informativa inerente il trattamento dei dati personali nel perseguimento delle finalità connesse all'intervento L. 162/98 e di averla compresa in tutte le sue parti*

Musei, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_