



COMUNE DI NURALLAO
Città Metropolitana di Cagliari

AREA AMMINISTRATIVA
SERVIZIO SOCIALE

L. 162/98
RICHIESTA PREDISPOSIZIONE PIANO
PERSONALIZZATO
PERIODO MAGGIO - DICEMBRE 2026

AL SERVIZIO SOCIALE
COMUNE DI NURALLAO

OGGETTO: Richiesta predisposizione NUOVO PIANO Personalizzato ai sensi della L. 162/98 – Gestione 2026.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____ e residente a _____

Via/P.zza _____ n. _____

C.F. | _____

DOCUMENTO Identità _____ n. _____

rilasciato da _____ in data _____ con scadenza il _____

recapito telefonico _____

indirizzo mail _____

in qualità di:

☐ destinatario del piano ☐ familiare di riferimento ☐ incaricato della tutela

☐ titolare della potestà genitoriale ☐ amministratore di sostegno

☐ altro _____

CHIEDE

□ per se

☐ per conto di: _____

nato/a _____ il _____ e residente a _____

in Via/P.zza _____ n. _____

C.F.

DOCUMENTO Identità n.

rilasciato da _____ in data _____ con scadenza il _____

recapito telefonico _____

- la predisposizione del Piano Personalizzato ai sensi della L. 162/98
- di ricevere tutte le comunicazioni relative alla presente istanza al seguente indirizzo:

nome e cognome _____ relazione parentela _____

Indirizzo _____

e-mail _____ cell. _____

Si autorizza l'erogazione del rimborso a nome di _____

C.F.

Accredito su c/c bancario o postale

IBAN PER ACCREDITO RIMBORSO

[illegible]

A TAL FINE DICHIARA

ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali in cui potrebbe incorrere in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76, nonché dell'ulteriore sanzione della decadenza dai benefici prevista dall'art. 75, articoli entrambi dello stesso D.P.R. 445/2000 sotto la propria responsabilità, **per sé o per l'avente diritto**,

- ☐ che il destinatario del piano è in possesso di un **ISEE per “prestazioni socio sanitarie non residenziali”** elaborato in data _____ / _____ / 2026 di € _____
- ☐ di essere consapevole che il Piano Personalizzato, non potrà essere gestito o affidato ai parenti conviventi né a quelli indicati all’art. 433 del codice civile;
- ☐ di aver preso visione del bando, e di tutti gli atti inerenti la predisposizione del Piano Personalizzato ai sensi della legge 162/98 e di accettarne le condizioni in essi contenute;
- ☐ di essere a conoscenza che tutte le informazioni e aggiornamenti sulla legge 162/98 verranno pubblicate nel sito istituzionale dell’Ente.
- ☐ **Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi della vigente normativa in materia di tutela della privacy.**

Luogo e data

In fede

SOTTOSCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE

- ☐ La presente dichiarazione è resa nell'interesse del soggetto che si trova in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, dal coniuge o, in sua assenza, dal figlio o, in mancanza di questo, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante (barrare la casella se ricorre il caso);
- ☐ La presente dichiarazione è resa in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale (barrare la casella se ricorre il caso);

Se ricorre uno dei casi suddetti, ogni riferimento al "dichiarante", è da intendersi come riferimento al soggetto impedito o incapace nell'interesse o per conto del quale è redatta la dichiarazione.

INDICARE I DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CHE DICHIARA NELL'INTERESSE DEL SOGGETTO IMPEDITO O IN NOME E PER CONTO DEL SOGGETTO INCAPACE

Cognome _____ Nome _____

Grado di parentela o relazione con l'interessato _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Comune di residenza _____ Prov. _____

Indirizzo _____ n. _____ Cap. _____

Recapito telefonico _____

documento di riconoscimento _____ n. _____

C.F. _____

(allegare fotocopia carta d'identità e codice fiscale)

Luogo e data

In fede

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:

- Copia Verbale L.104/92 attestante il riconoscimento dello stato di handicap grave di cui **all'art. 3 comma 3**, rilasciato entro il 31 marzo 2026 (oppure documentazione comprovante la visita della Commissione medica preposta al rilascio della certificazione entro il 31 marzo 2026);
- Certificazione ISEE 2026 per prestazioni di natura sociosanitaria privo di omissioni e/o difformità;
- Copia del decreto del Giudice Tutelare nel caso di nomina di Tutore o Amministratore di sostegno;
- Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del beneficiario del Piano
- Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente, se diverso dal beneficiario del Piano
- **Allegato B Scheda Salute**, che dovrà essere compilata e firmata dal Medico di Medicina Generale o dal pediatra di libera scelta e/o altro medico della struttura pubblica che ha in carico il richiedente (eventuali costi sono a carico esclusivo del richiedente);
- **Allegato C Scheda Sociale**, che dovrà essere compilata dall'Assistente Sociale in collaborazione con il destinatario del piano o l'incaricato della tutela o titolare della patria potestà o amministratore di sostegno;
- **Allegato D** Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà degli emolumenti percepiti nell'anno 2025 dalla persona destinataria del Piano;
- Informativa per il trattamento dei dati debitamente sottoscritta