



# **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.

recapito telefonico

[indirizzo mail](#)

in qualità di:

- 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. \_\_\_\_\_

**DOCUMENTO Identità** n.

rilasciato da **in data** con scadenza il

- 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

## 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 Tuteore 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

Piazza Matteotti 2 - 09058 Nurallao – C.F. 81000130914

Tel. 0782/815004 – 0782/870666

PEC [comune.nurallao@legalmail.it](mailto:comune.nurallao@legalmail.it) - mail [protocollo@comune.nurallao.ca.it](mailto:protocollo@comune.nurallao.ca.it)