



COMUNE DI ZEDDIANI
 Provincia di Oristano
 Via Roma, 103 - 09070 ZEDDIANI (OR)
 - Tel.0783/418000 – Int.3

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Spazio riservato all'Ufficio

Prot. N.DEL

Nuovo Piano con decorrenza 01/05/2025

**All'Ufficio SERVIZI SOCIALI
 del Comune di Zeddiანი**

**OGGETTO: L. 162/98 – Annualità 2024/Gestione 2025 – Richiesta NUOVA ATTIVAZIONE
 Piano Personalizzato a favore di persone con disabilità grave riconosciuta ai sensi della
 L.104/92 art.3 comma 3.**

l sottoscritt_ _____

nat_ a _____ Prov. _____ il ____/____/____

residente a ZEDDIANI in via _____ n° _____

CODICE FISCALE																				
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

telefono _____ email _____

CHIEDE la NUOVA ATTIVAZIONE PER L'ANNO 2025

del piano personalizzato ai sensi della L.162/98 attivato a favore di:

se medesimo

oppure

altra persona (nome e cognome) _____

nat_ a _____ Prov. _____ il ____/____/____

residente a ZEDDIANI in via _____ n° _____

CODICE FISCALE																				
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

In qualità di:

familiare referente

titolare della responsabilità genitoriale

incaricato della tutela/curatela/amministrazione di sostegno (allegare decreto di nomina)

DICHIARA

(ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

di essere in possesso del riconoscimento ai sensi della L.104/92 art.3 comma 3;

di aver fatto compilare al proprio Medico la SCHEDA SALUTE;

di voler essere convocato dal Servizio Sociale del Comune per la predisposizione della SCHEDA SOCIALE al seguente numero _____

che il beneficiario del piano ha percepito **nell'anno 2024** i seguenti **EMOLUMENTI**:

TIPOLOGIA DI EMOLUMENTO	IMPORTO ANNUALE
1-Pensione Invalidità civile	
2-Indennità di frequenza	
3-Indennità di accompagnamento	
4-Assegno sociale	
5-Pensioni o indennità INAIL	
6-Indennità o pensione per causa di guerra o servizio	
7-Assegni mensili continuativi erogati dalla Regione per particolari categorie di cittadini:	
- L.R. n. 27/83 – Provvidenze a favore dei talassemici, degli emofilici e degli emolinfopatici maligni	
- L.R. n. 11/85 – Provvidenze a favore dei nefropatici	
- L.R. n. 20/97 – Provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche	
- L.R. n. 9/2004 – Provvidenze a favore di persone affette da neoplasie maligne	
8-Altri contributi da Comuni e Aziende ASL	
9- Altro (specificare)	

SCELTA DELLA MODALITA' DI EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO EVENTUALMENTE CONCESSO:

- Riscossione diretta (SOLO SE IMPORTO INFERIORE A € 1.000,00);
- Accredito su C/C bancario o postale

2 car.	2 car.	1 car	5 caratteri	5 caratteri	12 caratteri
PAESE	CHECK	CIN	ABI	CAB	N°CONTO

Di aver preso visione dell'avviso pubblico L.162/98 del Comune di Zeddiani e la relativa informativa al trattamento dei dati personali;

ALLEGA

- Fotocopia di un **documento di identità e Codice Fiscale** in corso di validità del destinatario del piano e del dichiarante se diverso;
- Fotocopia del verbale di riconoscimento **L.104/92 art.3 comma3**;
- Attestazione **ISEE Socio-Sanitario 2025**;
- SCHEDA SALUTE** compilata dal Medico.

Zeddiani, lì _____

IL DICHIARANTE _____