



COMUNE DI ZEDDIANI
 Provincia di Oristano
 Via Roma, 103 - 09070 ZEDDIANI (OR)
 - Tel.0783/418000 - fax 0783/418267

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Spazio riservato all'Ufficio

Prot. N.DEL

Rinnovo per l'anno 2025

All'Ufficio Servizi Sociali
 Del Comune di Zeddiani

OGGETTO: L. 162/98 – annualità 2024/gestione 2025 – Richiesta RINNOVO 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 il RINNOVO 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) _____

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 **VOLER** mantenere la SCHEDA SALUTE del precedente progetto (in caso non vi siano variazioni rispetto all'anno precedente)

Di **NON VOLER** mantenere la SCHEDA SALUTE del precedente progetto e a tal fine allega la nuova scheda salute di aggravamento compilata dal Medico

Di **VOLER** mantenere la SCHEDA SOCIALE del precedente progetto (in caso non vi siano variazioni rispetto all'anno precedente)

Di **NON VOLER** mantenere la SCHEDA SOCIALE del precedente progetto e a tal fine chiede di essere contattato dal servizio sociale per l'aggiornamento della scheda

Di confermare le modalità di pagamento dei rimborsi del precedente progetto o in caso contrario allega nuova dichiarazione sulle modalità di pagamento utilizzando il modulo predisposto dal comune.

Di aver preso visione dell'avviso pubblico del Comune di Zeddiani

Di aver preso visione dell'informativa al trattamento dei dati in calce all'avviso pubblico

DICHIARA, inoltre

che la persona destinataria 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)	

ALLEGA

Fotocopia di un **documento di identità e Codice Fiscale** in corso di validità del destinatario del piano e del dichiarante se diverso (OBBLIGATORIO);

ISEE socio-sanitario 2025 (OBBLIGATORIO);

Zeddiani, lì _____

IL DICHIARANTE
