



COMUNE DI PAULILATINO

Provincia di Oristano

Viale della Libertà N° 33 – C. F. 00072980956

SETTORE SOCIO - CULTURALE

ISTANZA PER BENEFICI DI CUI LEGGE N. 162/98 Piani personalizzati di sostegno a favore di persone con handicap grave - Deliberazione G.R. n. 57/32 del 05/11/2025.

ANNO 2026

PIANI DI NUOVA ATTIVAZIONE DA REALIZZARE NEL PERIODO 01.06.2026 – 31.12.2026

PRESENTAZIONE ISTANZE: DAL 27.05.2026 AL 23.11.2026

AL SERVIZIO SOCIALE
COMUNE DI PAULILATINO
protocollo@comune.paulilatino.or.it

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il ___/___/___/ residente in _____, Via/P.zza _____ n. _____

c.a.p. _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero di telefono (cellulare)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-MAIL: _____

In qualità di:

- destinatario tutore titolare della potestà genitoriale amministratore di sostegno
 familiare responsabile (specificare il rapporto di parentela) _____

del/della _____ sig./ra _____ nato/a _____
_____ il _____ residente a **Paulilatino** in Via
/P.zza _____ n. _____

c.a.p. _____ indirizzo del domicilio (se diverso da quello della residenza):

Via/P.zza _____ n° _____ **Paulilatino**

Codice Fiscale _____ cellulare _____

A tal fine il/la sottoscritto/a consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici in caso di dichiarazioni mendaci,

CHIEDE

LA PREDISPOSIZIONE DEL PIANO PERSONALIZZATO AI SENSI DELLA LEGGE N. 162/98 PER L'ANNO 2026 E DICHIARA QUANTO CONTENUTO NEGLI ALLEGATI "SCHEDELLA SALUTE E SCHEDELLA SOCIALE"

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

- Attestazione ISEE 2026 (non DSU);
 - Scheda della salute predisposta dal medico di base o specialista delle strutture pubbliche;
 - Verbale di accertamento dello stato di handicap grave (L. 104/92 Art. 3, comma 3);
 - Fotocopia del documento di identità e Codice fiscale del beneficiario del piano e di chi sottoscrive la domanda;
 - Decreto del giudice tutelare relativo alla nomina di Amministratore di Sostegno o Tutore (SE RICORRE IL CASO)
- ALTRO _____

Che all'interno del nucleo anagrafico del destinatario del piano

- sono presenti familiari in gravi e documentate condizioni di salute (allegare la certificazione sanitaria) di età: _____
- non sono presenti familiari in gravi e documentate condizioni di salute.

Che all'interno del nucleo anagrafico del destinatario del piano:

- sono presenti familiari che usufruiscono dei permessi dal lavoro ai sensi della L. 104/92.
- non sono presenti familiari che usufruiscono dei permessi dal lavoro ai sensi della L.104/92.

Il sottoscritto DICHIARA altresì di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali allegata.

Paulilatino, _____

Firma _____