

**RICHIESTA PER LA PREDISPOSIZIONE DEL PIANO PERSONALIZZATO SI SOSTEGNO AI SENSI DELLA
LEGGE 162/98**

Io sottoscritt _____
nat__ a _____ (_____) il _____
residente a Buggerru via/p.zza _____ n. _____
e mail _____ telefono _____ (recapito telefonico indispensabile)

CHIEDE

Che venga predisposto il piano personalizzato ai sensi della **Legge 162/98** a favore della persona
riconosciuta disabile grave ai sensi della **Legge 104/92 art.3 comma 3**

Cognome _____ Nome _____

Nat__ a _____ (_____) il _____

Residente a Fluminimaggiore via/piazza _____ n. _____

Domiciliato in via/piazza _____ n. _____ (se diverso dalla residenza)

C.F. _____

Indicare se si tratta: ☐ **MINORE** ☐ **ADULTO** ☐ **ANZIANO**

☐ **PIANO NUOVO** ☐ **PIANO IN RINNOVO**

ATTESTAZIONE COORDINATE IBAN

- che il contributo spettante dovrà essere accreditato sul seguente **conto corrente intestato al Beneficiario della L. 162/98:**

Intestatario del conto: _____

Codice IBAN: IT

Allega:

- **Certificazione L.104/92, art. 3 comma 3**
- **Certificazione ISEE SOCIO SANITARIO 2026 in corso di validità**
- **Scheda salute**
- **Autocertificazione emolumenti 2025 (All. D)**
- **Copia documento d'identità e codice fiscale beneficiario**

Il Dichiarante

Data _____/_____/2025

Richiesta da presentare presso l'Ufficio Servizi Sociali ENTRO IL 27.03.2026

Nei giorni Dal Lunedì al Martedì dalle 10:00-12:00, il Mercoledì dalle 16:00 alle 18:00