



COMUNE DI SARDARA
PROV. SUD SARDEGNA
Ufficio Servizi Sociali
Via Vittorio I
Tel. 0709387105
E mail servizi sociali@comune.sardara.vs.it
PEC affari generali@pec.comune.sardara.vs.it
Sito istituzionale: www.comune.sardara.vs.it

SPAZIO RISERVATO AL PROTOCOLLO

Spett.le
Comune di Sardara
Servizi alla persona e alla comunità
SCADENZA 31 MARZO 2024

OGGETTO: PIANO PERSONALIZZATO AI SENSI DELLA L. 162/98. RICHIESTA RINNOVO/ATTIVAZIONE NUOVO PIANO ANNO 2024.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ (Prov. _____)
il ____/____/____ e residente a _____ in Via/Vico/Piazza _____ n° _____
telefono _____ email _____, in qualità di destinatario del piano o di:

☐ incaricato della tutela/curatela/amministratore di sostegno ☐ genitore ☐ familiare del beneficiario:
nome e cognome _____

nato/a _____ (Prov. _____) il _____

residente a Sardara in Via _____ telefono _____

CHIEDE

- ☐ il rinnovo del piano personalizzato ai sensi della Legge 162/98;
- ☐ di avvalersi del punteggio della scheda salute e della sociale del piano personalizzato precedente;
- ☐ la rivalutazione del punteggio della scheda salute;
- ☐ la rivalutazione del punteggio della scheda sociale (in caso di mutamenti nella sfera familiare)
- ☐ l'attivazione del piano personalizzato ai sensi della Legge 162/98 (**partenza dal 1 Maggio 2024**)

A tal fine ai sensi dell'art. 46 del D.P.R 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

-Di aver preso visione dei contenuti del Bando;
-di essere consapevole che in caso di finanziamento del Piano Personalizzato, questo non potrà essere gestito o affidato ai parenti conviventi né a quelli indicati all'art. 433 del codice civile;
-di essere a conoscenza che tutte le informazioni saranno trattate ai sensi della disciplina vigente sulla privacy e trattamento dei dati.

- Allegati (vedasi Bando)

Data: _____

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)
EMOLUMENTI PERCEPITI ANNO 2022

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ (Prov. _____)
 il ____ / ____ / ____ e residente a _____ in Via/Vico/Piazza _____ n° ____
 telefono _____ email _____, in qualità di destinatario del piano o di:

☐ incaricato della tutela/curatela/amministratore di sostegno ☐ genitore ☐ familiare del beneficiario:

nome e cognome _____

nato/a _____ (Prov. _____) il _____

residente a Sardara in Via _____ telefono _____ ;

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

- che la persona destinataria del piano ha percepito nell'anno 202 i seguenti emolumenti:

1-Pensione Invalidità civile. Importo annuale € _____

2-Indennità di frequenza Importo annuale € _____

3-Indennità di accompagnamento 4-Assegno sociale Importo annuale € _____

5-Pensioni o indennità INAIL Importo annuale € _____

6-Indennità o pensione per causa di guerra o servizio Importo annuale € _____

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: Importo annuale € _____

-L.R. n. 11/85 - Provvidenze a favore dei nefropatici Importo annuale € _____

- L.R. n. 20/97 - Provvidenze a favore di persone affette da
patologie psichiatriche Importo annuale € _____

- L.R. n. 9/2004 - Provvidenze a favore di persone affette da
neoplasie maligne Importo annuale € _____

8-Altri contributi da Comuni e Aziende ASL Importo annuale € _____

9- Altro (specificare)

_____ Importo annuale € _____
 _____ Importo annuale € _____

DATA _____

FIRMA _____