l Responsabile del Servizio Sociale
Comune di Berchidda

OGGETTO: Richiesta attivazione piani personalizzati L. 162/98 - Annualità 2024

Il/la sottoscritt__ _____ nato/a a _____

il _____/_____/_____ e residente a _____ in Via/Piazza _____

tel. _____,

in qualità di :

- ❒ destinatario del piano
- ❒ incaricato della tutela
- ❒ titolare della potestà genitoriale
- ❒ amministratore di sostegno
- ❒ familiare delegato

C H I E D E

di poter usufruire dei benefici previsti dalla L. 162/98 relativi ai piani personalizzati a sostegno di persone con handicap di particolare gravità, riconosciuti ai sensi dell'art. 3 comma 3, della L. 104/92 - Programma 2023 (annualità 2024), a favore di:

❑ se stesso

oppure

❑ per _____ *(relazione di parentela)*

cognome e nome _____ nato/a a _____

il _____/_____/_____ e residente a Berchidda in Via/Piazza _____

tel. _____,

A tal fine allega la seguente documentazione:

- ❒ dichiarazione ISEE in corso di validità;
- ❒ scheda salute compilata dal Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta;
- ❒ certificazione L. 104/92 – art.3 comma 3;
- ❒ documento di identità del beneficiario.

Berchidda, _____ / _____ / 2024

Firma

_____