

**OGGETTO: LEGGE N. 162 DEL 21 MAGGIO 1998. PIANI PERSONALIZZATI DI SOSTEGNO IN FAVORE DELLE PERSONE CON GRAVE DISABILITA'. RICHIESTA RINNOVO/PREDISPOSIZIONE PIANO PERSONALIZZATO ANNO 2024.**

Il/La sottoscritto/a .....nato/a a ..... il.....  
Residente a ..... in via ..... n. ....  
Tel./cell. n. .... mail .....  
Codice Fiscale .....

In qualità di:

- Destinatario del piano
- Titolare della potestà genitoriale
- Incaricato della tutela
- Amministratore di sostegno (*allegare copia del decreto di nomina in corso di validità*)
- Altro familiare (indicare il grado di parentela) \_\_\_\_\_

*In possesso di delega alla presentazione del Piano da parte del destinatario da allegare alla suddetta istanza*

#### CHIEDE

Che venga predisposto un Piano Personalizzato di sostegno ai sensi della L. 162/98 in favore di:

- Sé medesimo
- Proprio congiunto:

Indicare cognome e nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in Teti

Via/Vico \_\_\_\_\_

#### Allega alla presente:

- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e/o del destinatario del piano;
- Autocertificazione stato di famiglia;
- Copia del verbale di certificazione L. 104/92 art. 3, comma 3 in corso di validità o della documentazione della visita della commissione medica preposta al rilascio, che dovrà essere posseduta entro il 31 marzo 2023;
- Scheda Salute, Allegato B, il cui modulo è disponibile presso l'Ufficio Servizi Sociali e all'Albo pretorio on line, che dovrà essere compilata e firmata dal Medico di Medicina Generale o pediatra di libera scelta e/o altro medico della struttura pubblica o medico convenzionato che ha in cura la persona con disabilità;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (Allegato D);
- Eventuale delega del destinatario per la presentazione della domanda e per la predisposizione del piano personalizzato;
- Per i tutori o amministratori di sostegno: fotocopia del decreto di nomina in corso di validità;
- Certificazione ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria ai sensi ai sensi del disposto normativo di cui alla Legge n. 89 del 26.05.2016 art. 2 sexies e del decreto interministeriale n. 146/2016;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti l'eventuale fruizione, da parte di un familiare del disabile, di permessi lavorativi retribuiti ai sensi della L. 104/92, con la specificazione del soggetto erogatore (datore di lavoro), delle ore settimanali e annuali e del numero di settimane fruito (modulo disponibile presso l'Ufficio Servizi Sociali e all'albo pretorio on line);
- Copia dell'IBAN del beneficiario del Piano Personalizzato.

Teti, lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679

Firma \_\_\_\_\_