

RICHIESTA DI RINNOVO DEL PIANO PERSONALIZZATO AI SENSI DELLA LEGGE N. 162/98
ANNUALITÀ 2026 – PERIODO MAGGIO/DICEMBRE.

Scadenza presentazione modulistica rinnovo piani: 03/03/2026

Il/La Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

C.F. _____ residente a _____

Prov. _____ in Via/Piazza _____ n° _____

Tel. (*obbligatorio*) _____ e-mail _____

pec _____

Domicilio (*se diverso dalla residenza*) _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n° _____

In qualità di:

- ☐ beneficiario
- ☐ tutore
- ☐ amministratore di sostegno
- ☐ altro familiare referente (indicare rapporto di parentela con il destinatario del piano – genitore, coniuge, fratello, sorella, nipote): _____

del beneficiario/a:

Nome e Cognome _____ nato/a _____ Prov. _____

Data di nascita _____ C.F. _____ residente a _____

Prov. _____ C.A.P. _____ in Piazza/Via _____

Domicilio (*se diverso dalla residenza*) _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n° _____

CHIEDE:

- ☐ rinnovo SENZA aggiornamento della scheda salute e/o della scheda sociale
- ☐ rinnovo CON aggiornamento della scheda salute e/o della scheda sociale

del Piano Personalizzato ai sensi della Legge n. 162/98 in favore di:

- ☐ SE STESSO

☐ PER Cognome _____ Nome _____

A tal fine, consapevole delle conseguenze penali e civili che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, possono derivargli da dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA

- ☐ la sussistenza della condizione di handicap grave ai sensi della Legge n. 104/92, art. 3, comma 3
- ☐ di essere a conoscenza del fatto che L'Ufficio Politiche Sociali e Giovanili, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, potrà effettuare idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese, anche attraverso la trasmissione dei dati all'Agenzia delle Entrate e al Ministero delle Finanze
- ☐ di accettare il sistema e-mail/pec (sugli indirizzi indicati) quale modalità per la ricezione delle comunicazioni da parte del Servizio Sociale Comunale, relative al presente procedimento

Il sottoscritto **CHIEDE** che la liquidazione del contributo spettante avvenga tramite (*barrare la casella che interessa*):

- ☐ confermo metodo di pagamento precedentemente comunicato;
- oppure:*
- ☐ accredito su altro c/c bancario, intestato o cointestato al destinatario del piano (**compilare e allegare l'apposito modulo (allegato E) unitamente a copia fotostatica di un documento di identità valido del delegato**);
- ☐ riscossione diretta a favore del destinatario del piano (**compilare e allegare l'apposito modulo (allegato E) unitamente a copia fotostatica di un documento di identità valido del delegato**);
- ☐ riscossione diretta e in qualità di quietanzante in favore della Cooperativa Sociale affidataria del servizio (**compilare e allegare l'apposito modulo (allegato E) unitamente a copia fotostatica di un documento di identità valido del delegato**).

Allegati:

1. fotocopia del **documento di identità** e della **tessera sanitaria** in corso di validità del beneficiario e/o del richiedente (**obbligatoria**);
2. **certificazione I.S.E.E. 2026**, riferita ai redditi 2024 (**obbligatoria**);
3. **scheda salute (allegato B)**, da presentare solo se si è verificato un **aggravamento**;
4. **dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (allegato D)** relativa alle risorse economiche non dichiarate ai fini IRPEF riferite all'anno 2025 (**obbligatoria**);
5. **modulo indicazione modalità di liquidazione delle spese di cui alla L. n. 162/1998 (allegato E)** in caso di delega alla riscossione, unitamente a copia fotostatica di un documento di identità valido del delegato;
6. **Copia del decreto di nomina tutore, curatore o Amministratore di Sostegno** del destinatario del Piano (**obbligatorio se ricorre il caso**).

Lo scrivente **autorizza** il Comune di Castiadas al trattamento dei propri dati personali nel rispetto degli obblighi di sicurezza e riservatezza previsti dal D.Lgs. n. 101/2018 di recepimento del Regolamento Europeo UE 2016/679.

Castiadas, _____

(firma leggibile del richiedente)