

**All'Ufficio Politiche Sociali  
e Servizi alla Persona  
del Comune di  
Castiadas**

**Richiesta predisposizione piano personalizzato di sostegno Legge n° 162/98: Programma 2026**

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ in Piazza/Via  
\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

In qualità di:

- destinatario del piano
- genitore del destinatario;
- tutore del destinatario
- amministratore di sostegno del destinatario;
- familiare di riferimento (*specificare il rapporto di parentela*) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la predisposizione del piano personalizzato di cui alla L. 162/98 per (barrare la casella che interessa):

- PER SE STESSO
  - PER Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_
- Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F.  
\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Prov.  
\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ in Piazza/Via \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

*A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole della decadenza dai benefici e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo decreto in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti:*

**DICHIARA**

(per sé o per il destinatario del piano)

- la sussistenza della condizione di handicap grave ai sensi della Legge n. 104/92, art. 3, comma 3;
- che il nucleo familiare del destinatario del piano personalizzato risulta così composto:

	NOME E COGNOME	DATA DI NASCITA	ETÀ	GRADO DI PARENTELA
1				
2				

3				
4				
5				
6				

- che la certificazione I.S.E.E. 2026 è pari ad € \_\_\_\_\_;

**DICHIARA INOLTRE:**

- di accettare che le comunicazioni relative al presente procedimento vengano inviate tramite E-MAIL (**indirizzo mail** \_\_\_\_\_);
- di essere a conoscenza del fatto che l'Amministrazione Comunale, 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 essere informato che, ai sensi del D.Lgs. n. 101/2018 di recepimento del Regolamento Europeo UE 2016/679, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il sottoscritto chiede che la liquidazione del contributo spettante avvenga tramite:

- accredito su c/c bancario o postale, intestato al destinatario del piano (**allegare Codice IBAN**);
- riscossione diretta a favore del destinatario del piano.

**ALLEGATI DA TRASMETTERE PENA L'ESCLUSIONE**

1. Copia del verbale DEFINITIVO di riconoscimento dello stato di handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge n° 104/92, riconosciuta entro il 30/11/2026 per l'avvio del piano entro il 30/11/2026 nel rispetto dell'ordine cronologico di arrivo delle domande e nei limiti delle risorse disponibili.
2. Copia del verbale di riconoscimento dell'invalidità civile
3. SCHEDA SALUTE debitamente compilata, timbrata e firmata dal Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta aggiornata al 2026.
4. Attestazione ISEE 2026 (redditi anno 2024).
5. Dichiarazione Sostitutiva dell'atto di notorietà relativa alle risorse economiche non dichiarate ai fini IRPEF.
6. Copia del documento di identità del richiedente e del beneficiario.
7. Altro \_\_\_\_\_

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.

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile del richiedente)