

# COMUNE DI PLOAGHE

Provincia di Sassari  
Servizio Socio Assistenziale, Cultura, Istruzione, Sport e Spettacolo  
[servizisociali@comune.ploaghe.ss.it](mailto:servizisociali@comune.ploaghe.ss.it)  
[servizisociali@pec.comune.ploaghe.ss.it](mailto:servizisociali@pec.comune.ploaghe.ss.it)



## RICHIESTA RINNOVO PIANO PERSONALIZZATO di cui alla L. n.162/98

FINANZIAMENTI PER PIANI PERSONALIZZATI A FAVORE DI PERSONE CON GRAVE  
DISABILITA'

Il/la sottoscritt_ _____	nat_ a _____	il _____
residente a _____	in Via _____	
n° _____	domiciliato/a a (se diverso dalla residenza) _____	
in Via _____	n° _____	Cod. Fisc. _____
mail _____	telefono _____	
cellulare _____		
in qualità di: <input type="checkbox"/> destinatario/a dell'intervento;		
<input type="checkbox"/> familiare di riferimento (indicare il rapporto di parentela) _____		
<input type="checkbox"/> incaricato della tutela;		
<input type="checkbox"/> titolare della potestà genitoriale;		
<input type="checkbox"/> amministratore di sostegno della persona destinataria dell'intervento:		
Cognome _____	Nome _____	
nat_ a _____	il _____ residente	
a _____	in Via _____	n° _____
domiciliat_ a _____	in Via _____	
n° _____	Cod. Fisc. _____	
tel. _____	cellulare _____	
mail _____		
posta elettronica certificata (pec) _____		

### CHIEDE

- la rivalutazione del piano a seguito di variazione della situazione SANITARIA attraverso la presentazione di una nuova SCHEDA SALUTE (**SOLO IN CASO DI AGGRAVAMENTO DELLA SITUAZIONE DI SALUTE**)

- la rivalutazione del piano a seguito di variazioni nella propria situazione SOCIALE **(SOLO IN CASO DI VARIAZIONI DELLE SEGUENTI CONDIZIONI:**

PRESENZA, nel nucleo familiare del richiedente, di ulteriori componenti in condizioni di disabilità, o invalidità, o condizioni di salute gravi, non certificati nell'anno precedente.

DIFFERENTE COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE rispetto all'anno 2024, attualmente così composto:

COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	PARENTELA

VARIAZIONI RISPETTO AI SEGUENTI SERVIZI FRUITI E/O ALTRE VOCI:

SERVIZIO O ALTRE VOCI	N. ORE SETTIMANALI	
	ANNO 2024	
ASSISTENZA COMUNALE DOMICILIARE (SAD)	ORE	
SET (Servizio educativo territoriale attivato dal Comune)	ORE	
FREQUENZA CENTRI DIURNI/SPECIALIZZATI	ORE	
FREQUENTAZIONE ATTIVITÀ SPORTIVA	ORE	
FREQUENZA SCOLASTICA	ORE	
ASSISTENZA SCOLASTICA (fornita dal Comune)	ORE	

**DICHIARA**

**di aver richiesto la certificazione ISEE 2025 per prestazioni socio sanitarie (ISEE ristretto) e di essere a conoscenza che in assenza di tale documento non verrà attivato alcun piano;**

di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione del proprio recapito telefonico;

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs N. 196 del 30/03/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA**

- 1) Modulo attivazione del Piano Personalizzato handicap grave L.162/98;**
- 2) ISEE Socio Sanitario 2025 “RISTRETTO”;**
- 3) Copia Certificazione della situazione di handicap grave di cui all'art. 3, comma 3 della Legge n. 104/92;**
- 4) Certificazione medica attestante la condizione di gravità di salute di familiari appartenenti al nucleo del destinatario del piano, solo nel caso di variazione della situazione sociale;**
- 5) Copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del dichiarante e della persona destinataria del piano;**
- 6) Copia del decreto di nomina di Amministratore di Sostegno/tutore/curatore.**
- 7) Allegato B - Scheda Salute (da consegnare al Medico di Base o Pediatra o Centro medico specializzato pubblico, per la compilazione), solo nel caso di variazione della situazione sanitaria;**
- 8) Allegato D - Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di cui al DPR 445/2000.**