

**OGGETTO: L. 162/98. RICHIESTA PREDISPOSIZIONE PIANO PERSONALIZZATO DI
SOSTEGNO A FAVORE DI PERSONE CON HANDICAP GRAVE.
ANNUALITA' 2024.**

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ e residente a _____
in Via _____ N. ____ C.F. _____
Telefono _____ Cell. _____
Email: _____;

CHIEDE

In qualità di:

- Destinatario del piano
- Incaricato della tutela
- Titolare della patria potestà
- Amministratore di sostegno della persona destinataria del piano
- Parente del beneficiario (figlio, nipote, coniuge ...)

La predisposizione del Piano L.162/98 in favore di:

Cognome _____ Nome _____ nato a _____
_____ il _____ e residente a Calasetta in Via _____
_____ N. ____ C.F. _____
Telefono _____

In fede

Si allega alla presente:

- Certificazione attestante la condizione di disabilità grave ai sensi della legge 104/92 art.3 comma 3, rilasciata dalla competente commissione medica;
- Certificazione ISEE socio-sanitario 2024;
- Scheda salute (allegato B) a cura del medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta e/o altro medico di struttura pubblica che abbia in carico il paziente;
- Scheda Sociale (allegato C)
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (allegato D);

N.B. LA SCADENZA DELLA PRESENTE RICHIESTA E' FISSATA AL 29 Marzo 2024