

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

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a 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 ...)

Il rinnovo del Piano personalizzato L.162/98 per l'anno 2024, in favore di:

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ e residente a Calasetta in Via _____ N. ____
C.F. _____ Telefono _____
Cell. _____ - email: _____;

In fede

Si allega alla presente:

- Fotocopia del documento d'identità e codice fiscale del richiedente e del beneficiario;
- Certificazione ISEE sociosanitario-**Anno 2024**;
- Copia del verbale di riconoscimento handicap grave ai sensi della L.104/92 art.3 comma 3, **solo se soggetto a revisione**;
- Scheda salute compilata dal medico di medicina generale (Allegato B) **(da ripresentare solo se ci sono stati aggravamenti rispetto alla scheda già agli atti presso l'ufficio dei servizio sociali)**;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (allegato D);

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