

All'Ufficio PLUS del Comune di Oristano  
Piazza Eleonora D'Arborea, 44  
09170 – Oristano  
istituzionale@pec.comune.oristano.it  
antonella.sedda@comune.oristano.it  
giada.carboni@comune.oristano.it

**OGGETTO: "Fondo Interventi alla persona con disabilità - Anno 2025" - PROGETTO**

**DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

DATA E LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ RESIDENTE A \_\_\_\_\_ IN \_\_\_\_\_

VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

TELEFONO/CELLULARE \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

RAPPRESENTANTE LEGALE ☐ SI ☐ NO TIPOLOGIA E NOMINATIVO \_\_\_\_\_

**REQUISITO DI ACCESSO AL PROGETTO:**

- Legge 104/92 art. 3;
- Essere in carico ai servizi sanitari per una disabilità mentale/fisica e avere attivato le procedure per il riconoscimento dell'handicap ai sensi della Legge 104/92;

**COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE**

| NOME E COGNOME | DATA E LUOGO DI NASCITA | RAPPORTO DI PARENTELA |
|----------------|-------------------------|-----------------------|
|                |                         |                       |
|                |                         |                       |
|                |                         |                       |
|                |                         |                       |
|                |                         |                       |

[illegible]

| Tipologia servizio (SAD, SET, L.162/98, HCP, L. 20/97, etc.) | Importo finanziamento mensile | Ore mensili |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------|
|                                                              |                               |             |
|                                                              |                               |             |
|                                                              |                               |             |

[illegible]

---

---

## **FINANZIAMENTO**

IMPORTO ISEE SOCIO-SANITARIO 2025: € \_\_\_\_\_ PERCENTUALE DECURTAZIONE: \_\_\_\_ %

FINANZIAMENTO RICHIESTO: € \_\_\_\_\_.

### **TIPOLOGIA DI INTERVENTO RICHIESTO:**

- supporto educativo – EDUCATORE PROFESSIONALE;
- supporto assistenziale a domicilio qualificato - OSS FERIALE;
- supporto assistenziale a domicilio qualificato- OSS FESTIVO;
- supporto assistenziale a domicilio non qualificato – GENERICO FERIALE;
- supporto assistenziale a domicilio non qualificato – GENERICO FESTIVO.

| Tipologia servizio | Cooperativa scelta | Budget mensile | Ore mensili |
|--------------------|--------------------|----------------|-------------|
|                    |                    |                |             |
|                    |                    |                |             |
|                    |                    |                |             |

DATA ATTIVAZIONE: \_\_\_\_\_

DATA FINE PROGETTO: \_\_\_\_\_

DURATA PROGETTO (in mesi): \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma operatore

\_\_\_\_\_

Firma beneficiario

\_\_\_\_\_

Firma rappresentante legale

\_\_\_\_\_

**N.B. Trasmettere la presente proposta progettuale al protocollo del Comune di Oristano e agli indirizzi degli operatori referenti per il procedimento, indicati in intestazione;**