



COMUNE DI ZEDDIANI  
Provincia di Oristano  
Via Roma, 103 - 09070 ZEDDIANI (OR)  
- Tel.0783/418000 – Int.3

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Spazio riservato all'Ufficio

Prot. N. ....DEL .....  
☒ Nuovo Piano con decorrenza 01/05/2026

All'Ufficio SERVIZI SOCIALI  
del Comune di Zeddi

**OGGETTO: L. 162/98 – Annualità 2025/Gestione 2026 – Richiesta NUOVA ATTIVAZIONE**  
**Piano Personalizzato a favore di persone con disabilità grave riconosciuta ai sensi della**  
**L.104/92 art.3 comma 3.**

\_l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a ZEDDIANI in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE																	
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**CHIEDE la NUOVA ATTIVAZIONE PER L'ANNO 2026**

del piano personalizzato ai sensi della L.162/98 attivato a favore di:

☐ **se medesimo**

*oppure*

☐ **altra persona** (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a ZEDDIANI in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE																	
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

In qualità di:

☐ familiare referente

☐ titolare della responsabilità genitoriale

☐ incaricato della tutela/curatela/amministrazione di sostegno (allegare decreto di nomina)

**DICHIARA**

**(ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

☐ di essere in possesso del riconoscimento ai sensi della L.104/92 art.3 comma 3;

☐ di aver fatto compilare al proprio Medico la SCHEDA SALUTE;

☐ di voler essere convocato dal Servizio Sociale del Comune per la predisposizione della SCHEDA SOCIALE al seguente numero \_\_\_\_\_

☐ che il beneficiario del piano ha percepito **nell'anno 2025** i seguenti **EMOLUMENTI**:

TIPOLOGIA DI EMOLUMENTO	IMPORTO ANNUALE
1-Pensione Invalidità civile	
2-Indennità di frequenza	
3-Indennità di accompagnamento	
4-Assegno sociale	
5-Pensioni o indennità INAIL	
6-Indennità o pensione per causa di guerra o servizio	
7-Assegni mensili continuativi erogati dalla Regione per particolari categorie di cittadini:	
- L.R. n. 27/83 – Provvidenze a favore dei talassemici, degli emofilici e degli emolinfopatici maligni	
- L.R. n. 11/85 – Provvidenze a favore dei nefropatici	
- L.R. n. 20/97 – Provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche	
- L.R. n. 9/2004 – Provvidenze a favore di persone affette da neoplasie maligne	
8-Altri contributi da Comuni e Aziende ASL	
9- Altro (specificare)	

**SCELTA DELLA MODALITA' DI EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO EVENTUALMENTE CONCESSO:**

- ☐ Riscossione diretta (SOLO SE IMPORTO INFERIORE A € 1.000,00);
- ☐ Accredito su C/C bancario o postale

2 car.	2 car.	1 car	5 caratteri	5 caratteri	12 caratteri
PAESE	CHECK	CIN	ABI	CAB	N°CONTO

☐ Di aver preso visione dell'avviso pubblico L.162/98 del Comune di Zeddiani e la relativa informativa al trattamento dei dati personali;

**ALLEGA**

- ☐ Fotocopia di un **documento di identità e Codice Fiscale** in corso di validità del destinatario del piano e del dichiarante se diverso;
- ☐ Fotocopia del verbale di riconoscimento **L.104/92 art.3 comma3**;
- ☐ Attestazione **ISEE Socio-Sanitario 2026**;
- ☐ **SCHEDA SALUTE** compilata dal Medico.

Zeddiani, lì \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE \_\_\_\_\_