

|  |  |
|--|--|
|  <p><b>COMUNE DI ZEDDIANI</b><br/> <b>Provincia di Oristano</b><br/> <b>Via Roma, 103 - 09070 ZEDDIANI (OR)</b><br/> <b>- Tel.0783/418000 – Int.3</b></p> <p><b>UFFICIO SERVIZI SOCIALI</b></p> | <p><b>Spazio riservato all'Ufficio</b></p> <p>Prot. N. .....DEL .....</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Nuovo Piano con decorrenza 01/05/2026</p> |
|--|--|

**All'Ufficio SERVIZI SOCIALI  
del Comune di Zeddianni**

**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.**

\_1\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

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

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

|                   |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| CODICE<br>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<br>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:<br>- L.R. n. 27/83 – Provvidenze a favore dei talassemici, degli emofilici e degli emolinfopatici maligni<br>- L.R. n. 11/85 – Provvidenze a favore dei nefropatici<br>- L.R. n. 20/97 – Provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche<br>- 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;

**ALLEGATI**

- 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\_\_\_\_\_