



COMUNE DI ZEDDIANI
Provincia di Oristano
Via Roma, 103 - 09070 ZEDDIANI (OR)
- Tel.0783/418000 - fax 0783/418267

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Spazio riservato all'Ufficio

Prot. N.DEL
 Rinnovo per l'anno 2026

All'Ufficio Servizi Sociali
Del Comune di Zeddiani

OGGETTO: L. 162/98 – annualità 2025/gestione 2026 – Richiesta RINNOVO 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 FISCALE																
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

telefono_____ email _____

CHIEDE il RINNOVO 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) _____

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 **VOLER** mantenere la SCHEMA SALUTE del precedente progetto (in caso non vi siano variazioni rispetto all'anno precedente)

Di **NON VOLER** mantenere la SCHEMA SALUTE del precedente progetto e a tal fine allega la nuova scheda salute di aggravamento compilata dal Medico

Di **VOLER** mantenere la SCHEMA SOCIALE del precedente progetto (in caso non vi siano variazioni rispetto all'anno precedente)

Di **NON VOLER** mantenere la SCHEMA SOCIALE del precedente progetto e a tal fine chiede di essere contattato dal servizio sociale per l'aggiornamento della scheda

Di confermare le modalità di pagamento dei rimborsi del precedente progetto o in caso contrario allega nuova dichiarazione sulle modalità di pagamento utilizzando il modulo predisposto dal comune.

- Di aver preso visione dell'avviso pubblico del Comune di Zeddiani
- Di aver preso visione dell'informativa al trattamento dei dati in calce all'avviso pubblico

DICHIARA, inoltre

che la persona destinataria 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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)	

ALLEGA

- Fotocopia di un **documento di identità e Codice Fiscale** in corso di validità del destinatario del piano e del dichiarante se diverso (OBBLIGATORIO);
- ISEE socio-sanitario 2026** (OBBLIGATORIO);

Zeddiani, lì _____

IL DICHIARANTE

