



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 Zeddi

**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.**

\_l\_ 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 SCHEDA SALUTE del precedente progetto (in caso non vi siano variazioni rispetto all'anno precedente)

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

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

☐ Di **NON VOLER** mantenere la SCHEDA 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**:

<b>TIPOLOGIA DI EMOLUMENTO</b>	<b>IMPORTO ANNUALE</b>
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)	

**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

\_\_\_\_\_