

**MODULO NUOVA DOMANDA**  
**L. 162/98-PIANO PERSONALIZZATO IN FAVORE DI PERSONA CON DISABILITÀ GRAVE**  
(art. 3, comma 3, Legge 104/92)  
**programma da attuarsi nell'annualità 2025**

**AL COMUNE DI SASSARI**  
**Settore Diritti sociali, Inclusione e pari opportunità**  
**VIA ZARA 2**  
**07100 SASSARI**

Il/la sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
domiciliat\_ a (*se diverso dalla residenza*) \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
Mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

che venga predisposto un piano personalizzato di sostegno ai sensi della Legge 162/98:

per sé;

**o in qualità di:**

titolare della responsabilità genitoriale

incaricato della tutela

amministratore di sostegno

familiare di riferimento (indicare il rapporto di parentela) \_\_\_\_\_

per la **persona di seguito indicata:**

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
domiciliat\_ a (*se diverso dalla residenza*) \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
Mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

A tal fine ai sensi dell'art. 46 e dell'art. 47 del D.P.R. 28 Dicembre n. 445 consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 dello stesso D.P.R. per i casi di dichiarazioni non veritiere, di informazione o uso di atto falsi

**DICHIARA**

che il destinatario del piano è in possesso del riconoscimento della condizione di disabilità grave, di cui all'articolo 3 comma 3 della L. n. 104/1992;

la corrispondenza dell'attestazione ISEE allegata alla situazione del destinatario del piano nel rispetto dei parametri previsti dalla normativa di riferimento.

**Dichiara inoltre di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali di cui all'art. 13 del Reg.UE 679/2016 e di averne recepito i contenuti.**

**Si impegna** a produrre non oltre il \_\_\_\_\_ la documentazione di seguito indicata:

---

**ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA** (*contrassegnare voce corrispondente documentazione allegata*)

certificazione attestante il riconoscimento della condizione di disabilità grave di cui all'art.3 comma 3 L.104/92

attestazione ISEE 2025 di cui all'art. 6 del D.P.C.M. n.159/2013 (ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitarie)<sup>1</sup>

scheda salute (**allegato B**) compilata dal Medico di Medicina Generale/Pediatra o altro Medico della struttura pubblica o convenzionata

copia del documento di riconoscimento del richiedente e, se persona diversa, del destinatario del piano

copia del provvedimento del Tribunale di nomina di tutore o amministratore di sostegno (**da presentare obbligatoriamente**)

altro \_\_\_\_\_

Sassari, \_\_\_\_\_

**FIRMA**

---

---

<sup>1</sup> La mancata presentazione dell'ISEE 2025 comporterà la riduzione dell'80% del finanziamento assegnabile. Per gli altri aspetti si rinvia al documento "L.162-98 avviso nuove domande 2025"