



**COMUNE DI MORGONGIORI**  
PROVINCIA DI ORISTANO

**LEGGE N. 162/1998**  
**PIANI PERSONALIZZATI DI SOSTEGNO**  
**A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE**  
**ANNUALITA' 2025**  
**NUOVI PIANI PERIODO 01.05.2025/31.12.2025**

**Al Comune di Morgongiori**  
**Al Responsabile del Servizio Sociale**

➡ **Da presentare all'Ufficio Protocollo entro il 31.03.2025**

Il/la sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

Nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

Residente a Morgongiori (OR) in via \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

La predisposizione di un Piano personalizzato ai sensi della Legge n. 162/1998

Per sé stesso

Per il proprio familiare

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

Residente a Morgongiori in via \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

A tal fine, dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, come modificato dal Regolamento UE 2016/679 e dal D. Lgs. 101/2018, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:**

1. Copia Verbale L.104/92 attestante il riconoscimento dello stato di handicap grave di cui all'art. 3 comma 3, rilasciato entro il 31 marzo 2025 (oppure documentazione comprovante la visita della Commissione medica preposta al rilascio della certificazione entro il 31 marzo 2025);
2. Certificazione ISEE 2025 per prestazioni di natura socio-sanitaria;
3. Scheda Salute (Allegato B) compilata dal Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di libera scelta e/o altro Medico curante di struttura pubblica o convenzionato che ha in carico il paziente (con eventuale costo a carico del richiedente);
4. Informativa per il trattamento dei dati debitamente sottoscritta (Allegato C);
5. Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà degli emolumenti percepiti nell'anno 2024 dalla persona

- destinataria del Piano (Allegato D);
6. Copia del decreto del Giudice Tutelare nel caso di nomina di Tutore o Amministratore di sostegno;
  7. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del beneficiario del Piano;
  8. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente, se diverso dal beneficiario del Piano;

Morgongiori, lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(La firma deve essere apposta in maniera chiara e leggibile)*

#### NOTE

La domanda dovrà essere presentata, **improrogabilmente entro e non oltre il 31.03.2025** all'Ufficio Protocollo del \_\_\_\_\_ Comune o agli indirizzi [protocollo@comune.morgongiori.or.it](mailto:protocollo@comune.morgongiori.or.it), [serviziosociale@comune.morgongiori.or.it](mailto:serviziosociale@comune.morgongiori.or.it) o mediante PEC all'indirizzo [protocollo@pec.comune.morgongiori.or.it](mailto:protocollo@pec.comune.morgongiori.or.it).

#### AVVERTENZE

Colui che sottoscrive dichiarazioni non veritiere perde immediatamente il beneficio ottenuto ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000 l'Amministrazione procederà autonomamente a verificare le autocertificazioni presentate dagli interessati mediante accertamenti a campione sulla veridicità della dichiarazione.

---