



# Comune di Nurachi

Provincia di Oristano

Piazza Chiesa n. 12  
09070 Nurachi (OR)

SCADENZA 31/03/2025

## OGGETTO: Domanda per l'ammissione alla programmazione dei piani personalizzati di sostegno delle persone con handicap grave ai sensi della Legge 162/98 – PROGRAMMA 2024 -GESTIONE 2025

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

CHIEDE

In qualità di:

- diretto interessato;
- genitore;
- familiare delegato;
- amministratore di sostegno;
- altro \_\_\_\_\_;

**Che venga predisposto ai sensi della Legge n° 162 del 1998 (barrare la casella interessata) UN NUOVO** piano personalizzato di sostegno

- in suo favore;
- in favore del sig. /sig.ra / minore \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

A tal fine, il sottoscritto, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa) CONSAPEVOLE delle conseguenze penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 DPR n. 445/2000) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR n. 445/2000):

A TAL FINE DICHIARA

- di essere materialmente in possesso della certificazione di cui all'art. 3 comma 3 della legge 104/1992 – riconoscimento dello stato di handicap in condizione di gravità, che allega alla presente;

### Documentazione da allegare:

- copia fotostatica del documento d'identità in corso di validità e della tessera sanitaria del beneficiario e/o del dichiarante;
- copia del verbale comprovante il riconoscimento di handicap grave (art. 3, comma 3, Legge 104/92) **in corso di validità**;
- copia dell'ISEE SOCIO SANITARIO anno 2025;
- scheda salute (Allegato B) compilata, firmata e timbrata dal medico di famiglia o dal pediatra di libera scelta e/o altro medico di struttura pubblica o convenzionata che ha in carico il beneficiario del progetto;
- Allegato D – Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà;

Tel. 0783 412085 – fax 0783 412086 - C.F. 00074700956

web: [www.comune.nurachi.or.it](http://www.comune.nurachi.or.it) - e-mail: [nurachi@tiscali.it](mailto:nurachi@tiscali.it) pec: [comunedinurachi@pec.it](mailto:comunedinurachi@pec.it)

