

COMUNE DI SANT'ANTONIO DI GALLURA
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

**DOMANDA PER L'AMMISSIONE ALLA PROGRAMMAZIONE DEI PIANI PERSONALIZZATI
DI SOSTEGNO AI SENSI DELLA LEGGE 162/98**

PROGRAMMA ANNO _____ ANNUALITA' _____

l. Sottoscritt / _____ nat a _____
il ____/____/_____, residente a Sant'Antonio di Gallura, via _____ n.____
telefono _____

CHIEDE

di poter usufruire dei benefici (Piano Personalizzato di Sostegno) previsti dalla **Legge 162/98** a favore della persona, riconosciuta disabile grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, Legge 104/92:

Cognome _____ Nome _____
nat a _____ il ____/____/_____, residente in San'Antonio di Gallura,
via/piazza _____ domiciliato a _____ in Via/
Piazza _____ (se diverso dalla residenza).

- Minore
- Adulto
- Anziano

Indicare se si tratta di piano **NUOVO** **RINNOVO**

Allega:

- Certificazione L. 104/92, art. 3, comma 3;
- Certificazione ISEE;
- allegato B (scheda salute);
- copia documento identità.

Lo scrivente autorizza l'Ente all'utilizzo dei propri dati ai sensi del D. lgs 196/2003, nell'ambito di quanto necessario all'espletamento della pratica.

Richiesta da presentare presso gli Uffici di Servizio Sociale entro il ____/____/_____

Sant'Antonio di Gallura, li _____

Il Dichiarante
