

OGGETTO: Richiesta attivazione piani personalizzati L. 162/98 - Annualità 2023

Il/la sottoscritt_____ nato/a a _____
il ____/____/____ e residente a _____ in Via/Piazza _____
tel. _____,

in qualità di :

- destinatario del piano
- incaricato della tutela
- titolare della potestà genitoriale
- amministratore di sostegno
- familiare delegato

CHIEDE

di poter usufruire dei benefici previsti dalla L. 162/98 relativi ai piani personalizzati a sostegno di persone con handicap di particolare gravità, riconosciuti ai sensi dell'art. 3 comma 3, della L. 104/92 - Programma 2022 (annualità 2023), a favore di:

se stesso

oppure

per _____ (*relazione di parentela*)
cognome e nome _____ nato/a a _____
il ____/____/____ e residente a Berchidda in Via/Piazza _____
tel. _____,

A tal fine allega la seguente documentazione :

- dichiarazione ISEE in corso di validità;
- scheda salute compilata dal Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta;
- certificazione L. 104/92 – art.3 comma 3;
- documento di identità del beneficiario.

Berchidda, ____ / ____ / 2023

Firma
