

COMUNE DI USINI

PROVINCIA DI SASSARI

AL SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI USINI
VIA RISORGIMENTO 70
07049 USINI

OGGETTO: LEGGE 162/1998 – PROGRAMMA 2017-ANNUALITA' 2018

RICHIESTA DI PREDISPOSIZIONE DEL PIANO PERSONALIZZATO DI SOSTEGNO PER PORTATORI DI HANDICAP GRAVE AI SENSI DELLA LEGGE 104/1992.

IL/LA SOTTOSCRITT_ _____ NAT_ A _____ PROV. () IL ___/___/___ E
RESIDENTE A _____ PROV. () IN VIA _____ N ___
DOMICILIAT_ A _____ PROV. () IN VIA _____ N ___
CODICE FISCALE _____ TEL. _____

IN QUALITÀ DI:

- DESTINATARIO DEL PIANO PERSONALIZZATO
- FAMILIARE DI RIFERIMENTO DEL DESTINATARIO DEL PIANO PERSONALIZZATO *

IN QUESTO CASO COMPILARE DI SEGUITO CON I DATI DEL DESTINATARIO DEL PIANO PERSONALIZZATO

SIG. _____ NAT_ A _____ PROV. () IL ___/___/___
E RESIDENTE A _____ PROV. () IN VIA _____ N ___
DOMICILIAT_ A _____ PROV. () IN VIA _____ N ___
CODICE FISCALE _____ TEL. _____

CHIEDE

LA PREDISPOSIZIONE DEL PIANO PERSONALIZZATO DI CUI ALLA LEGGE N° 162 DEL 21/05/1998.

A TALE FINE ALLEGA:

- FOTOCOPIA DEL VERBALE** ATTESTANTE LA CONDIZIONE DI PORTATORE DI HANDICAP GRAVE AI SENSI DELLA LEGGE 104/92 ART. 3 COMMA 3, LA CUI VISITA SIA STATA EFFETTUATA **ENTRO IL 31/12/2017**;
- ATTESTAZIONE ISEE ANNO 2018**
- ALLEGATO B** (SCHEDA SALUTE) IN ORIGINALE, COMPILATO, DATATO E SOTTOSCRITTO DAL MEDICO DI MEDICINA GENERALE, PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O DA ALTRO MEDICO SPECILISTA DI STRUTTURA PUBBLICA CHE HA IN CARICO IL PAZIENTE;
- ALLEGATO D** SOTTOSCRITTO DAL DISABILE BENEFICIARIO DEL PIANO PERSONALIZZATO.
- FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITÀ** DEL DICHIARANTE E DEL DISABILE ;

USINI, _____
