

**OGGETTO:** Richiesta attivazione piani personalizzati L. 162/98- Programma 2019 (annualità 2020)

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ e residente a Berchidda in Via/Piazza \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

In qualità di :

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 2017 (annualità 2018), a favore di:

- Se stesso **oppure**
- per \_\_\_l\_\_\_ propri \_\_\_\_\_ (\*) \_\_\_\_\_ nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_  
(Cognome e nome)  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a Berchidda in Via/P.zza \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**A tal fine allega la seguente documentazione :**

- dichiarazione ISEE in corso di validità
- scheda salute compilata dal medico di base
- certificazione L. n° 104/92 - art.3 comma 3
- documento di delega per la gestione del piano
- dichiarazione scelta servizio
- documento attestante il rapporto con il beneficiario ( tutore, amministratore di sostegno ecc.)

Altro \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Inoltre che il cod. IBAN - del CC del beneficiario - è il seguente:

Paese	Chek	CIN	ABI	CAB	Numero di conto corrente

Berchidda, \_\_\_\_\_

**Firma**

\* specificare grado di parentela