

Ogetu: Lei n.162/098 finantziamentu pranu personalizau de agiudu in favori de personas cun andicap lègiu – annu 2015.

Oggetto Legge n.162/98 finanziamento piano personalizzato di sostegno a favore di persone con handicap grave – anno 2015.

SU/A SUTASCRITU/A - IL/LA SOTTOSCRITTO/A

NÀSCIU/A SU - NATO/A IL

IN – A

ARRESIDENDI IN GONNONÒ (OR) IN:  
RESIDENTE A GONNOSNÒ (OR) IN:

BIA/PRATZA – VIA/PIAZZA

TEL.

N. ....

### **pedit**

De podi gosai de unu finantziamentu aprontendi unu pranu personalizau chi est in sa Lei n.162/98 – annualidadi 2015, in s'interessu:

- • De issu/a etotu - Di se medesimo...;
- • De s'interdetu - Dell'interdetto o...:

- • Àteru – Altro:

### **chiede**

di poter usufruire di un finanziamento predisponendo un piano personalizzato di cui alla Legge n.162/98 – annualità 2015, nell'interesse:

### **Decrarat asuta s'arresponsabilidadi sua (DPR 446/2000):**

De isciri cunforma e po is efetus chi funt in sa lei n.196/2003 ca is datus personalis arragortus s'ant a manigiai cun ainas informàticas isceti me in logu de custu procedimentu.

### **Po custu acumpàngiat is documentus chi sighint:**

- fotocòpia **verbali** chi lassat sa cummissioni mèdica ASL chi atestit s'arreconoscimentu andicap lègiu chi est in sa Lei n.104/92 art.3, comma 3;
- fotocòpia documentu de identidadi de su chi firmada s'istàntzia e de chi di debbidi abbisongiai;
- CERTIFICAZIONI **ISEE** BÀLLIDU
- **ISCHEDA** DE SA SALUDI ALLEGAU **B** CUMPILADA E SUTASCRITA DE SU MÈDICU DE MEIXINA GENERALI;

### **Dichiara sotto la propria responsabilità (DPR 446/2000):**

Di essere informato/a ai sensi e per gli effetti di cui alla legge n.196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

### **A tal fine allega i seguenti documenti:**

- fotocopia **verbale** rilasciato dalla commissione medica ASL attestante il riconoscimento handicap grave di cui alla legge n.104/92 art.3, comma 3;
- fotocopia documento di identità del sottoscrittore dell'istanza e del beneficiario;
- CERTIFICAZIONE **ISEE** IN CORSO DI VALIDITA'
- **SCHEDA** DELLA SALUTE ALLEGATO **B** COMPILATA E SOTTOSCRITTA DAL MEDICO DI MEDICINA GENERALE;
- 

Gonnonò - Gonnosnò, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_