

OGGETTO: RINNOVO PIANO PERSONALIZZATO L. 162/98 ANNO 2025.

Il/la sottoscritto/a _____ Nato/a _____ (_____)

il _____ Residente a _____ (_____) in via _____

Codice Fiscale: _____ telefono: _____

indirizzo mail _____

In qualità di

☐ destinatario del piano

Ovvero

☐ familiare

☐ incaricato della tutela

☐ titolare della patria potestà

☐ amministratore di sostegno

del destinataria/o del piano:

Cognome _____ Nome _____ Cod. Fisc. _____

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

1.Che la situazione sociale (servizi, carico, particolari situazioni di disagio)

☐ E' rimasta invariata

☐ Si è modificata

2.Che la situazione sanitaria:

☐ E' rimasta invariata

☐ E' variata e pertanto trasmette una nuova scheda salute

Dichiara inoltre

- ✓ di avere richiesto l' attestazione ISEE per prestazioni socio-sanitarie anno 2025.
- ✓ Di essere a conoscenza che la gestione del progetto non può essere affidata ai parenti conviventi né a quelli indicati dall'art. 433 del codice civile.
- ✓ Di essere consapevole che l'amministrazione Comunale, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000, potrà disporre controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese. I dati dichiarati potranno essere comunicati alla Guardia di Finanza e all'autorità giudiziaria.
- ✓ Di avere preso visione dell' allegata informativa sul trattamento dei dati personali degli utenti.

Capoterra lì

Il destinatario del piano o l'incaricato della tutela
o titolare della patria potestà o amministratore di sostegno

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente.