

OGGETTO: "Fondo Interventi alla persona con disabilità - Anno 2025"

_ I _ sottoscritt _____ nat ____ a _____

Il ____ / ____ / ____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ n° _____

Tel. _____ e-mail _____

In qualità di:

☐ beneficiario

☐ familiare/Amministratore di Sostegno/Rappresentante legale

CHIEDE

In favore di _____ (rapporto di parentela _____)

nat ____ a _____ il ____ / ____ / ____

C.F. _____ residente a _____

Via _____ n° ____ Tel. _____

La predisposizione del progetto "Fondo Interventi alla Persona Con Disabilità" anno 2025, secondo le disposizioni approvate dal PLUS di Oristano come da verbale dell'Assemblea dei Sindaci n. 4 del 09.10.2025 per l'attivazione di:

- supporto educativo – EDUCATORE PROFESSIONALE;
- supporto assistenziale a domicilio qualificato - OSS FERIALE;
- supporto assistenziale a domicilio qualificato- OSS FESTIVO;
- supporto assistenziale a domicilio non qualificato – GENERICO FERIALE;
- supporto assistenziale a domicilio non qualificato – GENERICO FESTIVO.

A tal fine dichiara di:

- Essere cittadino residente in uno dei Comuni del Plus di Oristano affetto da disabilità fisica o mentale di età compresa tra i 18 ed i 64 anni;

In possesso di almeno uno tra i seguenti requisiti:

- Legge 104/92 art. 3;
- Essere in carico ai servizi sanitari per una disabilità mentale/fisica e avere attivato le procedure per il riconoscimento dell'handicap ai sensi della Legge 104/92;

Allega la seguente documentazione:

- Certificazione del servizio sanitario che ha in carico l'assistito;
- Verbale Legge 104/92, art.3;
- Attestazione ISEE 2025 prot.n. _____ del _____;
- Fotocopia documento d'identità del richiedente e/o del beneficiario e tessera sanitaria;
- Eventuale copia decreto nomina Amministratore di sostegno /Tutore/Curatore/Rappresentante legale;

_____, li _____

FIRMA

Dichiaro di aver ricevuto l'informativa ex artt. 13-14 Reg. UE 2016/679, inerente il trattamento dei dati personali per le finalità indicate nell'informativa medesima.

_____, li _____

FIRMA
