

**OGGETTO: RINNOVO PIANO PERSONALIZZATO L. 162/98 ANNO 2024**

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 di cui all' allegato C:

Si è modificata

E' rimasta invariata

2.Che la situazione sanitaria ( scheda salute allegato B):

E' variata e pertanto trasmette una nuova scheda salute

E' rimasta invariata

Dichiara inoltre

- ✓ di avere richiesto l' attestazione ISEE per prestazioni socio-sanitarie anno 2024.
- ✓ 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 li

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.