

AUTOCERTIFICAZIONE SERVIZI FRUITI E CARICO ASSISTENZIALE
(Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà - D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

in qualità di:

- ☐ Destinatario/a del piano
- ☐ Familiare di riferimento
- ☐ Esercente la responsabilità genitoriale (per minori)
- ☐ Incaricato della tutela / Amministratore di Sostegno (allegare atto di nomina)

del Sig./Sig.ra (o minore) _____

Codice Fiscale _____,

beneficiario del Piano Personalizzato ai sensi della Legge n. 162/98.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, che il destinatario del piano nell'anno **2025**:

1. SERVIZI PUBBLICI DI CUI HA USUFRUITO

- ☐ NON ha usufruito dei servizi sottoelencati.
- ☐ HA usufruito dei servizi sottoelencati

SERVIZIO FRUITO	SOGGETTO EROGATORE	N. ORE SETTIMANALI	N. SETTIMANE ANNUALI
Inserimento socio-lavorativo/Servizio Civile			
Asilo nido			
Fisioterapia			
Assistenza domiciliare			
Assistenza domiciliare integrata (ADI)			
Centri diurni			
Ricovero / Soggiorno in struttura			
Centri di aggregazione sociale comunali			
Trasporto			
Altri servizi (Sport terapia, ecc.)			

2. CARICO ASSISTENZIALE (Servizi che riducono il carico familiare)

☐ NON ha usufruito dei servizi sottoelencati.

☐ HA usufruito dei servizi sottoelencati

CARICO ASSISTENZIALE	SOGGETTO EROGATORE	N. ORE SETTIMANALI	N. SETTIMANE ANNUALI
Lavoro (del destinatario)			
Frequenza scolastica			
Asilo nido / Scuola materna			
Corsi di formazione			
Fisioterapia			
Assistenza domiciliare			
Assistenza domiciliare integrata (ADI)			
Centri diurni			
Permessi L. 104/92 (Art. 33 c. 3)			
Ricovero / Soggiorno in struttura			
Altri servizi / Trasporto			

Villasalto, / /2026

Firma del Dichiarante

Nota per la compilazione:

- **Soggetto Erogatore:** Indicare il nome del Comune, della ASL o dell'Associazione che ha fornito il servizio.
- **Carico Assistenziale:** Questa sezione serve a indicare il tempo in cui il beneficiario è affidato a strutture esterne, alleggerendo l'impegno diretto della famiglia.