

TIPOLOGIA DI INTERVENTO RICHIESTO
--

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 signor /minore _____, Cod. Fiscale _____,
beneficiario del Piano Personalizzato ai sensi della Legge n. 162/98

DICHIARA

ai sensi della Legge n.15 del 04/01/1968, consapevole delle conseguenze previste dalla legge in caso di dichiarazione mendace, di scegliere la/le seguenti tipologia/e di intervento richiesto:

- ☐ **Servizio educativo**
- ☐ **Assistenza personale e/o domiciliare**
- ☐ **Accoglienza presso centri diurni** autorizzati ai sensi dell'articolo 40 della L.R. 23/2005 e presso centri diurni integrati di cui al D.P.R. 14.01.1997 e alle deliberazioni della Giunta regionale in materia di residenze sanitarie assistenziali e di centri diurni integrati, **limitatamente al pagamento della quota sociale.**
- ☐ **Soggiorno per non più di 30 giorni nell'arco di un anno** presso strutture autorizzate ai sensi dell'art. 40 della L.R. 23/05 o presso residenze sanitarie assistenziali autorizzate, **limitatamente al pagamento della quota sociale.**
- ☐ **Attività sportiva e/o di socializzazione**

Villasalto,___/___/2026

Firma del Richiedente
