

All' Ufficio Servizio Sociale  
Comune di \_\_\_\_\_

Al Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze  
ASL 5 Oristano

**OGGETTO: "Fondo Interventi alla persona con disabilità - Anno 2024"**

\_ I\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

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 2024, secondo le disposizioni approvate dal PLUS di Oristano come da verbale dell’Assemblea dei Sindaci n. 4 del 07.12.2022 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 affetti da disabilità mentale/intellettiva in carico ai servizi sociali o sociosanitari;
- essere in carico al Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze o ad altro Servizio sanitario.

Allega la seguente documentazione:

- Certificazione del servizio sanitario che ha in carico l'assistito;
- Verbale Legge 104/92, art.3;
- Attestazione ISEE 2024 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**

---