

All'Ufficio PLUS del Comune di Oristano  
Piazza Eleonora D'Arborea, 44  
09170 – Oristano  
[marina.rivieccio@comune.oristano.it](mailto:marina.rivieccio@comune.oristano.it)  
[giulia.fiori@comune.oristano.it](mailto:giulia.fiori@comune.oristano.it)

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

**DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

DATA E LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ COMUNE DI RESIDENZA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

TELEFONO/CELLULARE \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

RAPPRESENTANTE LEGALE ☐ SI ☐ NO TIPOLOGIA E NOMINATIVO \_\_\_\_\_

**REQUISITO DI ACCESSO AL PROGETTO:**

- ☐ Legge 104/92 art. 3;
- ☐ essere affetti da disabilità mentale/intellettuale in carico ai servizi sociali o sociosanitari;
- ☐ essere in carico al Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze o ad altro Servizio sanitario.

**COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE**

NOME E COGNOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA

**BREVE DESCRIZIONE DELLA SITUAZIONE SOCIO-SANITARIA**


---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**SERVIZI SOCIO-SANITARI ATTIVI:**

Tipologia servizio (SAD, SET, L.162/98, HCP, L. 20/97, etc.)	Importo finanziamento mensile	Ore mensili

**OBIETTIVI DEL PROGETTO:**


---

---

---

---

---

**FINANZIAMENTO**

IMPORTO ISEE SOCIO-SANITARIO 2024: € \_\_\_\_\_ PERCENTUALE DECURTAZIONE: \_\_\_\_ %

FINANZIAMENTO RICHIESTO: € \_\_\_\_\_.

**TIPOLOGIA DI INTERVENTO RICHIESTO:**

- 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.

Tipologia servizio	Cooperativa scelta	Budget mensile	Ore mensili

DATA ATTIVAZIONE: \_\_\_\_\_

DURATA PROGETTO (in mesi): \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma operatore

\_\_\_\_\_

Firma beneficiario

\_\_\_\_\_

Firma rappresentante legale

\_\_\_\_\_

**N.B. Trasmettere la presente proposta progettuale agli indirizzi degli operatori referenti per il procedimento, indicati in intestazione; sarà inoltre necessario inviare breve nota di trasmissione al protocollo del Comune di Oristano (ALLEGATO D).**