



**COMUNE DI SEDINI**  
**Provincia di Sassari**

Via La Rampa, 20 - 07035 SEDINI  
C.F. 80003520907 – P.IVA 01257180909

**Area socio-assistenziale, scolastica culturale**

Tel 079/589205

E-mail [ssociali@comune.sedini.ss.it](mailto:ssociali@comune.sedini.ss.it)

[www.comune.sedini.ss.it](http://www.comune.sedini.ss.it)

**AL RESPONSABILE**  
**AREA SERVIZI SOCIALI**  
**COMUNE DI SEDINI**

**OGGETTO: L. 162/98 - Richiesta di predisposizione piano personalizzato di sostegno a favore di persona con disabilità grave. Anno 2025.**

Il sottoscritto.....nato a .....Prov.....  
il.....residente a SEDINI in via.....n°.....  
Codice Fiscale.....tel.....

**CHIEDE**

che venga predisposto:

- un nuovo piano personalizzato di sostegno
- il rinnovo del piano in corso

**A FAVORE DI**

- sé medesimo
- in favore del/la Sig./ra..... nato/a a .....  
il.....residente a SEDINI in via .....n°.....  
Codice Fiscale.....

A tal fine allega alla presente:

\_\_\_\_\_



**COMUNE DI SEDINI**  
**Provincia di Sassari**

Via La Rampa, 20 - 07035 SEDINI  
C.F. 80003520907 – P.IVA 01257180909

**Area socio-assistenziale, scolastica culturale**

Tel 079/589205

E-mail [ssociali@comune.sedini.ss.it](mailto:ssociali@comune.sedini.ss.it)

[www.comune.sedini.ss.it](http://www.comune.sedini.ss.it)

---

- Scheda salute compilata a cura del medico di base;
- Certificazione della disabilità grave ai sensi della **L.104/92, art. 3, comma 3**;
- Certificazione ISEE 2025;
- Fotocopia documento di identità del richiedente.

SEDINI, li \_\_\_\_\_

Firma

---