

**OGGETTO:** Dichiarazione rinvio attivazione progetto personalizzato di cui alla Legge n. 162/98 –  
Anno 2024

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in Via/Piazza/Corso/Loc. \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

e\_mail \_\_\_\_\_

per sé stesso/a

oppure

in qualità di

amministratore di sostegno/tutore  titolare della responsabilità genitoriale

altro (specificare rapporto di parentela) .....

per il/la sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a Carbonia

in Via/Piazza/Corso/Loc. \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

beneficiario/a del finanziamento concessogli/le ai sensi della Legge n. 162/98 per l'annualità 2024, preso atto delle disposizioni di cui all'“Avviso Pubblico per la presentazione delle richieste di ammissione agli interventi di sostegno denominati “Progetti Personalizzati di sostegno in favore di persona con disabilità grave” ai sensi della Legge n° 162 del 21 Maggio 1998” e, in particolare, di quanto stabilito dagli artt. 8 “Avvio e attuazione dei piani personalizzati” e 10 “Rinuncia Piano Personalizzato”

DICHIARA

di non essere in grado di provvedere all'attivazione del Progetto approvato nei termini indicati per la motivazione di seguito indicata:

il beneficiario è temporaneamente inserito in struttura dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e fino al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(indicare la struttura

\_\_\_\_\_)

il beneficiario è ricoverato in ospedale dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ritardi nel rilascio della Certificazione attestante lo stato di handicap grave

□

altro

(specificare)

---

---

---

---

---

Carbonia, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---