**AUTOCERTIFICAZIONE**

**SERVIZI FRUITI DAL DESTINATARIO DEL PIANO E DEL CARICO ASSISTENZIALE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**in qualità di**

* destinatario/a del piano
* familiare e/o amministratore di sostegno del destinatario/a del piano\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Cognome e Nome)

**DICHIARA, (sotto la propria responsabilità)**

ai sensi della Legge n.15 del 04/01/1968, consapevole delle conseguenze previste dalla legge in caso di dichiarazione mendace:

che il destinatario del piano nell’anno 2023: **NON** ha usufruito dei servizi sottoelencati oppure **HA** usufruito dei seguenti servizi:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SERVIZIO FRUITO** | **SOGGETTO EROGATORE** | **N. ORE****SETTIMANALI** | **N. SETTIMANE****ANNUALI** |
| Inserimento socio lavorativo, servizio civile |  |  |  |
| Asilo nido |  |  |  |
| Fisioterapia |  |  |  |
| Assistenza domiciliare erogata da enti pubblici o da associazioni regolarmente convenzionate |  |  |  |
| Assistenza domiciliare integrata |  |  |  |
| Frequenza centri diurni (ANFFAS, Alzheimer, ecc.) |  |  |  |
| Ricovero, soggiorno e/o accoglienza in strutturapubblica o privata |  |  |  |
| Frequenza Centri di aggregazione sociale comunali |  |  |  |
| Trasporto |  |  |  |
| Altri servizi fruiti (sport terapia, ecc.) |  |  |  |

* che il destinatario del piano nell’anno 2024: **NON** ha usufruito dei servizi sottoelencati; **HA** usufruito dei seguenti servizi:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CARICO ASSISTENZIALE** | **SOGGETTO EROGATORE** | **N. ORE****SETTIMANALI** | **N. SETTIMANE****ANNUALI** |
| Lavoro |  |  |  |
| Frequenza scolastica |  |  |  |
| Asilo nido |  |  |  |
| Scuola materna |  |  |  |
| Corsi di formazione |  |  |  |
| Fisioterapia |  |  |  |
| Assistenza domiciliare erogata da enti pubblici o da associazioni regolarmente convenzionate |  |  |  |
| Assistenza domiciliare integrata |  |  |  |
| Frequenza centri diurni (ANFFAS, Alzheimer, ecc.) |  |  |  |
| Permesso dal lavoro per L. 104/92, art. 33 comma 3 |  |  |  |
| Ricovero, soggiorno e/o accoglienza in strutturapubblica o privata |  |  |  |
| Frequenza Centri di aggregazione sociale comunali |  |  |  |
| Trasporto |  |  |  |
| Altri servizi fruiti (sport terapia, ecc.) |  |  |  |

Nughedu San Nicolò ,\_\_\_/\_\_\_/2025 Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_