

Scadenza _____

SPETT.LE COMUNE DI SESTU

PROGRAMMA REGIONALE "MI PRENDO CURA"
DOMANDA DI RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE NEL PERIODO _____

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (_____) il ____/____/____,

residente a _____ in via _____,

Codice Fiscale _____

recapito telefonico _____ e-mail _____

In qualità di:

- se medesimo
- coniuge
- figlio
- tutore legale
- amministratore di sostegno
- altro _____

del Sig./ra _____

nato/a a _____ (_____) il ____/____/____,

residente a _____ in via _____,

Codice Fiscale _____

Beneficiario del programma Ritornare a Casa PLUS dal _____

ai sensi di quanto previsto dagli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi e della decadenza dal beneficio ottenuto sulla base di dichiarazioni non veritiere prevista dall'articolo 75 del citato D.P.R.,

DICHIARA

1) Di aver sostenuto le seguenti spese nel _____ semestre 20____, le cui pezze giustificative sono allegare alla presente dichiarazione.

- Spese sostenute per acquisto di medicinali, ausili e protesi che non siano forniti dal Servizio Sanitario Regionale pari a € _____;**
- Spese sostenute per la fornitura di energia elettrica che non trovino copertura nelle tradizionali misure a favore dei non abbienti pari a € _____;**
- Spese sostenute per il riscaldamento domestico che non trovino copertura nelle tradizionali misure a favore dei non abbienti pari a € _____;**

Spese per l'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona (allegare contratto, buste paga e ricevute di pagamento dei contributi INPS) pari a € _____;

2) di essere consapevole che le spese dichiarate sono conformi a quanto stabilito all'art. 7 del bando "Contributo regionale "MI PRENDO CURA" - Biennio 2024/2025" approvato con Determinazione del _____ del Comune di _____ n. _____ del _____

Allega:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Documento attestante l'iban di c/c postale o bancario nel quale si desidera ricevere il rimborso.

_____, li, _____

Firma del Dichiarante
