All'Ufficio Servizi Sociali
Comune di Santu Lussurgiu

RICHIESTA ATTIVAZIONE PROGRAMMA REGIONALE "MI PRENDO CURA"

ANNO 2022

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____- (_____) il ___/___/_____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

Residente a Santu Lussurgiu in via _____, ___recapito telefonico _____ e-mail _____

In qualità di

- ☐ sé medesimo
- ☐ coniuge
- ☐ figlio
- ☐ tutore legale
- ☐ amministratore di sostegno
- ☐ altro_____

del Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____- (_____) il ___/___/_____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

Residente a Santu Lussurgiu in via _____, ___recapito telefonico _____ e-mail _____

CHIEDE

Di essere ammesso al beneficio economico **"Mi prendo cura"** finalizzato al rimborso di medicinali, ausili e protesi che non sono forniti dal Servizio Sanitario Regionale e al rimborso della fornitura di energia elettrica e di riscaldamento che non trovano copertura in altre misure.

A TAL FINE

Consapevole che, ai sensi dell'art. art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm., la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 77 del medesimo D.P.R. n.445/2000 in merito alla decadenza

DICHIARA

Di aver sostenuto, **per l'annualità 2022 periodo dal _____ al _____**, le spese relative alle pezze giustificative allegate alla presente dichiarazione per far fronte alle seguenti esigenze della persona beneficiaria del Progetto Ritornare a casa Plus:

1. Pagamento fornitura energia elettrica per un importo di € _____di cui € _____ rimborsato da altra misura;
2. Pagamento fornitura di riscaldamento (gas, gasolio, legnatico, pellet, altro) per un importo di € _____ di cui € _____ rimborsato da altra misura;
3. Pagamento medicinali, ausili e / o protesi per un importo di €_____ di cui € _____ rimborsato da altra misura;
4. Acquisizione di servizi professionali e di assistenza alla persona per un importo di €_____ di cui € _____ rimborsato da altra misura;

N.B. le ricevute/scontrini e il presente modulo vanno presentati in originale e copia fotostatica.
Chiede che il beneficio economico sia versato sul seguente conto:

IBAN:

2 car.	2 car.	1 car.	5 caratteri	5 caratteri	12 caratteri
PAESE	CHECK	CIN	ABI	CAB	N° CONTO

Allega:

- Attestati di pagamento delle spese effettuate;
- Copia documento di identità in corso di validità;
- Decreto di nomina di tutela o di amministratore di sostegno (nei casi previsti)

Santu Lussurgiu, lì

Firma del Dichiarante

_____

INFORMATIVA PRIVACY E DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Si informa che, ai sensi della normativa vigente, i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, saranno trattati, anche facendo uso di strumenti informatici, al solo fine di consentire l'attività di valutazione e di erogazione dell'intervento, nel rispetto della vigente normativa (GDPR 679/2016).
Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Santu Lussurgiu.

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi della normativa vigente (GDPR 679/2016), presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste per la Richiesta di attivazione del Programma Regionale "Mi prendo cura".

Santu Lussurgiu, lì

Firma del dichiarante

_____