

Al Sindaco  
Del Comune di Samassi  
Area Politiche Sociali

**RICHIESTA ATTIVAZIONE PROGRAMMA REGIONALE "MI PRENDO CURA"**

**Anno 2022 – Scadenza 31.12.2022 -**

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

nato/a a \_\_\_\_\_ - ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Documento di identità in corso di validità \_\_\_\_\_

numero \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

residente/domiciliato in \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

In qualità di

- se medesimo (beneficiario nell'anno 2022)
- coniuge
- figlio
- tutore legale
- amministratore di sostegno
- altro \_\_\_\_\_

del Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ - ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ beneficiario del  
Programma "Ritornare a Casa PLUS"

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Documento di identità in corso di validità \_\_\_\_\_

numero \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

residente/domiciliato in \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

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 le spese relative alle pezze giustificative, **per l'annualità 2022**, 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  
€ \_\_\_\_\_ NON rimborsato da altra misura
2. **Pagamento fornitura di riscaldamento (gas, gasolio, legnatico, pellet, altro)** per un importo di € \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ di cui € \_\_\_\_\_ NON rimborsato da altra misura
3. **Pagamento medicinali, ausili e / o protesi ecc** per un importo di € \_\_\_\_\_ di cui € \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ NON rimborsato da altra misura

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 (eventuale)
- Modulo accredito/delega;
- Informativa.

Samassi, li \_\_\_\_\_

Firma del Dichiarante

\_\_\_\_\_