

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**(Testo unico della normativa sulla documentazione amministrativa, D.P.R. 28/12/2000 n° 445, art. 47)****Il/la sottoscritto/a** _____**nato/a a** _____ **il** ____ / ____ / ____ **C.F.** _____**residente a** _____ **in Via** _____ **n°** ____**recapito telefonico** _____ **mail** _____

In qualità di:

- ☐ destinatario del programma "Mi prendo cura2023"
- ☐ amministratore di sostegno del beneficiario: _____
- ☐ familiare di riferimento del beneficiario: _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445 e ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che la persona destinataria del programma "Mi prendo cura 2024" ha sostenuto, nel 2° semestre dell'anno 2024, durante il periodo in cui il progetto personalizzato "Ritornare a casa PLUS" era attivo, le seguenti spese (delle quali allega copia delle pezze giustificative):

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.

Allega:

- Attestati di pagamento delle spese effettuate;
- Copia documento di identità in corso di validità;

Sorso, _____

Il dichiarante
