



## COMUNE DI SORSO

### 3° SETTORE - AFFARI GENERALI POLITICHE SOCIALI STAFF Servizio 3.2 – Politiche Sociali

All.1

#### **OGGETTO: Richiesta di attivazione del programma regionale “Mi prendo cura” (L.R. 17/2021 e D.G.R. 48/46 del 2021) – 2° semestre 2024**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

per sè stesso

**oppure**, in qualità di:

familiare di riferimento

tutore/amministratore di sostegno

del/la sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a Sorso in

via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_, residente a Sorso in  
beneficiario/a di un progetto personalizzato “Ritornare a casa PLUS” di livello assistenziale  
\_\_\_\_\_ (ai sensi della D.G.R. n. 63/12 del 2020), con decorrenza dal: \_\_\_\_\_

beneficiario affetto da SLA

#### CHIEDE

Di essere ammesso al beneficio economico di cui al programma regionale “Mi prendo cura 2024” (ai sensi della L.R. 17/2021 e delle DD.GG.RR. n.48/46 del 10.12.2021 e 10/18 del 16.03.2023), finalizzato al rimborso forniture di medicinali, ausili e protesi che non sono soddisfatte dal Servizio Sanitario regionale e di forniture di energia elettrica e di riscaldamento, che non trovano copertura tra le tradizionali misure a favore dei non abbienti.

**A tal fine, si allega alla presente:**

- Copia del documento d'identità in corso di validità e codice fiscale del beneficiario; Copia del documento d'identità in corso di validità e codice fiscale del richiedente; Eventuale copia del decreto di nomina di tutore/ amministratore di sostegno;
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione (All.2) attestante le spese sostenute nel 2° semestre dell'anno 2024, di cui si chiede il rimborso con la presente domanda;
- Pezze giustificative relative alla fornitura di energie elettrica e riscaldamento relative al 2° semestre dell'anno 2024;
- Scontrini fiscali / ricevute relative a fornitura di medicinali, ausili e protesi relativi al 2° semestre dell'anno 2024;
- Modulo informativa privacy (All.3) Dichiarazione delega Eredi (All.4).

**CHIEDE** altresì che il suddetto rimborso avvenga nel modo indicato:

<input type="checkbox"/> accredito su conto corrente intestato a _____
COD. IBAN _____

**Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre:**

1. di essere a conoscenza che la domanda incompleta, priva di firme o della documentazione richiesta comporterà la sospensione della stessa sino alla sua regolarizzazione;
2. di essere a conoscenza che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, sono puniti dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia (artt. 75 e 76 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa DPR 445/2000);
3. di aver preso visione dell'informativa privacy riportata in allegato al bando, ai sensi del regolamento generale sulla protezione dei dati (UE) n. 2016/679 (GDPR).

Sorso \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**