

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 cura 2025"☐ 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 2025" ha sostenuto, nell'anno 2025, 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
