



CITTÀ DI SORSO
Servizio 3.2 Politiche Sociali

All. 1

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____,
residente _____ familiare/Amministratore di sostegno del
beneficiario del Progetto Regionale RAC PLUS
sig./sig.ra _____ con riconosciuto livello
assistenziale _____

DICHIARA

Di voler rinnovare il Progetto Regionale RAC PLUS per l'anno 2026, per cui si allega copia dell'Attestazione ISEE 2026 - Prestazioni Socio-Sanitarie (laddove previsto per *Nucleo Ristretto*).

Si allegano copia del documento d'identità del beneficiario del Programma Regionale RAC PLUS per cui si richiede il rinnovo e del familiare di riferimento/ amministratore di sostegno avente presentato istanza.

Data _____

Firma _____