



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 \_\_\_\_\_