



Distretto di Sassari

MODULO DI DOMANDA

**Programma Regionale “Ritornare a casa PLUS”
(D.G.R. n. 1/28 del 14/01/2026)**

Spett.le Ambito Plus di Sassari, Sorso, Porto Torres e Stintino

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il ____/____/____ Cod. Fisc. _____ residente a _____
in via _____, n° _____ domiciliato/a a (indicare solo se diverso da residenza)
_____ in via _____ n° _____
tel. _____ e-mail _____

CHIEDE

la predisposizione di un piano personalizzato per l'accesso al Programma Regionale “Ritornare a casa Plus” come:

☐ nuovo beneficiario ☐ già beneficiario (indicare livello assistenziale in corso) _____
☐ per se stesso;
☐ per il/la Sig. _____ : _____ nato/a a _____
il ____/____/____ Cod. Fisc. _____ residente a _____
in via _____, n° _____ domiciliato/a a (indicare solo se diverso da residenza)
_____ in via _____ n° _____
tel. _____ e-mail _____

in qualità di sua **figura di riferimento** (indicare di seguito la natura della relazione esistente): _____

Allega i seguenti documenti:

- ☐ certificazione ISEE socio-sanitario di cui al DPCM n. 159/2013 relativo all'anno corrente;
- ☐ dichiarazione Sostitutiva di Certificazione e di Atto Notorio (vedi modulo retrostante);
- ☐ dichiarazione individuazione e delega familiari prossimi ex art. 433 c.c.;
- ☐ copia del provvedimento di nomina, estratto/copia del ricorso per la nomina del rappresentante legale;
- ☐ verbale di riconoscimento della condizione di disabilità ai sensi dell'art. 3, della L. 104/1992 senza omissis;
- ☐ verbale indennità di accompagnamento senza omissis o altra certificazione attestante la condizione di non autosufficienza di cui all'allegato 3 del DPCM 159/2013 senza omissis;
- ☐ verbale accertamento condizione di non autosufficienza ai sensi del D. Lgs 29/2024 per le persone ultrasettantenni;
- ☐ verbale accertamento condizione di non autosufficienza ai sensi del D. Lgs 62/2024 per le persone disabili nonché con disabilità gravissima;
- ☐ relazione clinica e scheda sanitaria prevista in ragione della patologia e condizione sanitaria di accesso rilasciate da specialista di struttura pubblico, convenzionato o libero professionista;
- ☐ documento di identità in corso di validità del dichiarante;
- ☐ Altro _____

Dichiara di aver preso visione e di aver compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali (c.d. Informativa Privacy) di cui all'art. 13 del Reg.UE 679/2016.

_____ li ____/____/____



Distretto di Sassari

MODULO DI DOMANDA

(luogo)

(data)

(Firma)

Programma Regionale “Ritornare a Casa PLUS”

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO

(Art. 46 e 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il ____/____/____ e residente a _____ in via _____ n° ____

consapevole delle sanzioni penali derivanti da dichiarazioni non veritiere, di formazione e di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R N° 445 del 28 Dicembre 2000:

☐ in qualità di **destinatario del progetto**;

☐ in qualità di **figura di riferimento** del Sig/ra _____ (indicare di seguito la natura della relazione esistente): _____

DICHIARA

se persona diversa dal destinatario:

☐ **di essere unico familiare prossimo**, ai sensi dell'art. 433 c.c.¹;

☐ **di essere il familiare** che ha presentato formale ricorso per la nomina del rappresentante legale come da documentazione allegata (*copia o estratto del ricorso*);

☐ **di essere il familiare delegato**, come da allegata/e dichiarazione/i sostitutiva/e di certificazione e atto notorio (*vedasi Dichiarazione individuazione e delega familiari prossimi ex art. 433*) resa dagli altri familiari prossimi di pari ordine e grado ai sensi dell'art. 433 c.c., come di seguito indicati:

NOME E COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	RELAZIONE DI PARENTELA con il destinatario progetto

¹ Così come disciplinato dall'art. 433 del codice civile sono individuati i seguenti soggetti, in ordine di prossimità, che possono presentare la domanda: 1) il coniuge; 2) i figli [legittimi o legittimati o naturali o adottivi] e, in loro mancanza, i discendenti prossimi [anche naturali]; 3) i genitori e, in loro mancanza, gli ascendenti prossimi; gli adottanti; 4) i generi e le nuore; 5) il suocero e la suocera; 6) i fratelli e le sorelle germani o unilaterali, con precedenza dei germani sugli unilaterali.



Distretto di Sassari

MODULO DI DOMANDA

DICHIARA

- ☐ che la condizione economica equivalente corrisponde alla certificazione ISEE allegata;
- ☐ che l'interessato, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate in merito alla presente domanda, alle informazioni in essa contenute e alla procedura prevista;
- ☐ di essere a conoscenza:
- 1) dell'incompatibilità del programma "Ritornare a casa PLUS", per i livelli assistenziali primo, secondo e terzo, con il programma di cui alla Legge 162/98;
 - 2) dell'incompatibilità del programma "Ritornare a casa PLUS", per i livelli assistenziali base A e base B con il programma di cui alla Legge 162/98, salvo che il beneficiario sia persona ultrasessantacinquenne, con punteggio nella scheda salute superiore a 40;
 - 3) di dover rinunciare, in caso di attivazione degli interventi "Ritornare a casa Plus"; al piano personalizzato legge 162/1998, se trovasi in una delle suddette condizioni di incompatibilità;
- ☐ altro: _____

Medico di Medicina Generale	Nome Cognome _____
	Indirizzo _____
	Telefono: _____

Dichiara di aver preso visione e di aver compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali (c.d. Informativa Privacy) di cui all'art. 13 del Reg. UE 679/2016.

_____ li ____/____/____
(luogo) (data)

(Firma)