

PROGRAMMA REGIONALE "MI PRENDO CURA"
DOMANDA DI RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (_____) il ____/____/____,
residente a _____ in Via _____,
Codice Fiscale _____ Recapito telefonico _____
e-mail _____

In qualità di:

- ☐ se medesimo
- ☐ coniuge
- ☐ figlio
- ☐ tutore legale
- ☐ amministratore di sostegno
- ☐ altro _____

del Sig./ra _____
nato/a a _____ (_____) il ____/____/____,
residente a _____ in via _____, _____,
Codice Fiscale _____

Beneficiario del programma Ritornare a Casa PLUS dal

ai sensi di quanto previsto dagli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi e della decadenza dal beneficio ottenuto sulla base di dichiarazioni non veritiere prevista dall'articolo 75 del citato D.P.R.,

DICHIARA

1) Di aver sostenuto le seguenti spese nel _____ **semestre 2025**, le cui pezze giustificative sono allegate alla presente dichiarazione.

- ☐ **Spese sostenute per acquisto di medicinali, ausili e protesi che non siano forniti dal Servizio Sanitario Regionale pari a € _____;**
- ☐ **Spese sostenute per la fornitura di energia elettrica che non trovino copertura nelle tradizionali misure a favore dei non abbienti pari a € _____;**

☐ **Spese sostenute per il riscaldamento domestico che non trovino copertura nelle tradizionali misure a favore dei non abbienti pari a €_____;**

☐ **Spese per l'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona (allegare contratto, buste paga e ricevute di pagamento dei contributi INPS) pari a €_____;**

2) di essere consapevole che le spese dichiarate sono conformi a quanto stabilito all'art. 7 del bando "Contributo regionale "MI PRENDO CURA" - Biennio 2024/2025" approvato con Determinazione del Comune di Monastir n. 59 del 14/06/2024.

Allega:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Documento attestante l'iban di c/c postale o bancario nel quale si desidera ricevere il rimborso.

_____, lì, _____

Firma del Dichiarante
