

Oggetto: Domanda di Accesso al Programma "Mi prendo cura". DGR n. 48/46 del 10/12/2021 - Linee d'indirizzo annualità 2021/2023.

Il/La sottoscritt_____ nat_ a _____ il
_____, residente a _____ in Via _____ n._____
C.F. _____ - _____ - _____ - _____
recapito telefonico _____, e-mail _____

CHIEDE

in qualità di:

- diretto interessato
- familiare (specificare il grado) _____
- Amministratore di sostegno/Tutore/curatore

del/la Sig./ra _____ nat_ a _____ il
_____, residente a _____ in Via _____ n._____
C.F. _____ - _____ - _____ - _____
recapito telefonico _____, e-mail _____

Di poter accedere alla Misura complementare al programma "Ritornare a Casa Plus" denominata "MI PRENDO CURA"

DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, consapevole che in caso di false dichiarazioni, di formazione o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, l'Amministrazione erogante provvederà alla revoca del beneficio eventualmente concesso sulla base della dichiarazione come previsto dall'art. 75 del suddetto D.P.R. 445/2000

- di essere attualmente beneficiario del progetto "Ritornare a Casa Plus", attivo nell'anno 2021, con decorrenza dal mese _____ 2021;
- di aver sostenuto nel corso dell'anno 2021 le spese documentate in allegato quali acquisto di medicinali, protesi, ausili, presidi (non forniti dal servizio sanitario regionale), energia elettrica e/o riscaldamento (che non trovano copertura tra le tradizionali misure di sgravio e rimborso, statali e regionali);
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente, qualsiasi variazione concernente le dichiarazioni rese nel presente modulo.

