

*All'Ufficio Socio Culturale
del COMUNE DI VALLEDORIA*

**DICHIARAZIONE SPESE SOSTENUTE
PROGRAMMA REGIONALE "MI PRENDO CURA"**

Il/La sottoscritt _____ nat_ a _____

il _____ C.F. _____ residente a _____

in via _____ n° _____ domiciliat_ a (indicare solo se
diverso da residenza) _____ in via _____

n° tel. _____ e-mail _____.

in qualità di beneficiari_ della misura;
o in qualità di:

- familiare di riferimento
 rappresentante legale

del _____ beneficiari _____ della misura Sig _____

nat_ a _____ il _____ 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 e della conseguente decadenza dei benefici di cui all'art. 75 del medesimo D.P.R.

DICHIARA

- di aver preso atto dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 contenuta nell'Avviso pubblico.
 di aver sostenuto le seguenti spese relative alle pezze giustificative allegate alla presente dichiarazione, per far fronte alle esigenze della persona beneficiaria del Progetto Ritornare a casa Plus, così come segue:

TIPOLOGIA	IMPORTO	PERIODO	INTESTATARIO	RELAZIONE
Fornitura energia elettrica	€			
Riscaldamento	€			
INDICARE la/le tipologia/e				

di riscaldamento			
Medicinali	€		Si dichiara: <input type="checkbox"/> che le spese mediche/assistenziali non sono state (o non saranno) oggetto della detrazione fiscale del 19% in sede di dichiarazione dei redditi; <input type="checkbox"/> che le spese mediche/assistenziali sono state (o saranno) oggetto della detrazione fiscale del 19% in sede di dichiarazione dei redditi per un importo complessivo pari ad € *
Ausili	€		
Protesi	€		
TOTALE SPESE			

TIPOLOGIA	IMPORTO	PERIODO
Servizi professionali di assistenza alla persona		

CHIEDE che i mandati di pagamento relativi al contributo “Mi prendo cura” siano emessi con la seguente quietanza (barrare la casella che interessa)

accredito conto corrente bancario, postale o carta prepagata intestato al beneficiario (allegare fotocopia IBAN rilasciato dalla Banca o dalla Posta, o altro istituto)

delega in favore di altra persona

cognome _____ nome _____

codice fiscale _____

residente a _____ in via _____, _____ con accredito conto corrente bancario, postale o carta prepagata intestato al beneficiario (allegare fotocopia IBAN rilasciato dalla Banca o dalla Posta).

I dati personali, nel rispetto delle disposizioni vigenti, saranno trattati e utilizzati per i fini connessi all'espletamento della procedura in oggetto e per i fini istituzionali dall'amministrazione comunale.

Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria in quanto indispensabile per l'espletamento delle procedure richieste. Il rifiuto al conferimento dei dati oppure la mancata indicazione di alcuni di essi potrà comportare l'annullamento del procedimento per impossibilità a realizzare l'istruttoria.

Il trattamento dei dati sarà effettuato con l'ausilio di mezzi informatici e potranno essere comunicati agli altri soggetti coinvolti nella gestione del procedimento e a quelli demandati all'effettuazione dei controlli previsti dalla vigente normativa.

Allega:

- fatture / ricevute fiscali e ogni altra ulteriore documentazione relative a fornitura energia elettrica e riscaldamento intestate al beneficiario o familiare anagraficamente convivente;
- scontrini fiscali parlanti**/ricevute fiscali per l'acquisto di medicinali, ausili e / o protesi intestate al beneficiario;
- buste paga/fatture e ogni altra ulteriore documentazione relativa alle spese di assistenza sostenute;
- documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario se diverso dal richiedente
- copia del decreto di nomina del rappresentante legale, se non già in possesso del servizio
- altro _____

** Lo scontrino parlante: documento dettagliato, che da un lato registra specificatamente la tipologia, la quantità e la natura dei prodotti acquistati mentre dall'altro riporta il **codice fiscale**. **Quest'ultimo deve essere necessariamente quello del beneficiario del Ritornare a casa plus.**

Valledoria, ___ / ___ / _____

Firma
