COMUNE DI ZERFALIU

PROVINCIA DI ORISTANO

Piazza Roma, 1 – CAP 09070

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

E-mail: servizi.sociali@comune.zerfaliu.or.it - PEC: protocollo@pec.comune.zerfaliu.or.it

PROGRAMMA REGIONALE "MI PRENDO CURA"

DI CUI ALLA D.G.R. 10/28 DEL 16.03.2023

ANNUALITA' 2025

DICHIARAZIONE SPESE SOSTENUTE

Il/La sottoscritto/a _____nato/a a _____ (Prov.____) il ____/____/_____C.F._____residente a _____(Prov.____) in Via _____ n._____ recapito telefonico _____ cellulare _____e-mail _____

In qualità di

- ☐ beneficiario
- ☐ coniuge
- ☐ figlio
- ☐ tutore legale
- ☐ amministratore di sostegno
- ☐ altro_____

del Sig./ra_____nato/a a _____ (Prov.____) il ____/____/_____C.F._____residente a _____(Prov.____) in Via _____ n._____ recapito telefonico _____ cellulare _____e-mail _____

Consapevole che, ai sensi dell'art. art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm., la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 77 del medesimo D.P.R. n.445/2000 in merito alla decadenza;

in riferimento alla richiesta accesso al Programma Regionale "Mi prendo cura" di cui alla d.g.r. 10/28 del 16.03.2023 annualita' 2025, prot. n° _____ del _____

DICHIARA

- Di aver sostenuto (barrare la voce che interessa con una X)
  - ☐ Nel 1° semestre dell'annualità 2025
  - ☐ Nel 2° semestre dell'annualità 2025

le spese sotto indicate per far fronte alle esigenze della persona beneficiaria del Progetto Ritornare a casa Plus anno 2025:

- Pagamento fornitura energia elettrica per un importo di €. _____;
- Pagamento fornitura di riscaldamento (gas, gasolio, legnatico, pellet, altro) per un importo di €. _____;
- Pagamento medicinali, ausili e / o protesi per un importo di €. _____;
- Rimborsato da altra misura (Specificare_____).
- Che le spese documentate non sono state rimborsate dal Sistema Sanitario Regionale, o da misure concesse da disposizioni nazionali, regionali o comunali previste per le stesse finalità.

CHIEDE

inoltre, che il suddetto rimborso avvenga mediante accredito sul conto corrente intestato a_____

IBAN:

Allega:

- Ricevute attestanti il pagamento delle spese per le quali si chiede il rimborso;
- Documento delle Poste o della Banca attestante l'IBAN sul quale effettuare il rimborso.

Luogo e data_____

Firma del Dichiarante

_____