

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____, C.F. _____
residente a _____ in Via _____ n. _____,
in qualità di _____, consapevole delle sanzioni
penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall' art. 76
del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000

in qualità di

- ☐ beneficiario/a del programma "Ritornare a casa PLUS".
- ☐ Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore _____
- ☐ familiare di riferimento
- ☐ Erede

Del/la signor/a _____

Nato/a a _____ il _____ residente a Monteleone Rocca Doria

in Via _____ n. _____ C.F. _____

Telefono _____ e mail: _____

beneficiario/a del programma "Ritornare a casa PLUS".

DICHIARA

Di aver sostenuto le spese relative alle pezze giustificative, per il _____ semestre 2025, allegate
alla presente dichiarazione, per far fronte alle seguenti esigenze della persona beneficiaria del
Progetto Ritornare a casa Plus:

Tipologia	Importo	Periodo	Intestatario
Fornitura energia elettrica			
Riscaldamento			
Medicinali			Si dichiara: ☐ che le spese mediche/assistenziali <u>non sono state</u> (o non saranno) oggetto della detrazione fiscale del 19% in sede di dichiarazione dei redditi; ☐ che le spese mediche/assistenziali <u>sono state</u> (o saranno) oggetto della detrazione
Ausili			
Protesi			

Servizi professionali di assistenza alla persona (Art. 1 lettera b) dell'avviso)			fiscale del 19% in sede di dichiarazione dei redditi per un importo complessivo pari ad € _____ ⁴⁾
Totale spese			

Allega:

- Copia della documentazione attestante le spese effettuate/pagate;
- Copia documento di identità in corso di validità;
- Decreto di nomina di tutela o di amministratore di sostegno (nei casi previsti);

Monteleone Rocca Doria lì _____

Firma del Dichiarante

INFORMATIVA PRIVACY

Si informa che, ai sensi della normativa vigente, i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, saranno trattati, anche facendo uso di strumenti informatici, al solo fine di consentire l'attività di valutazione e di erogazione dell'intervento, nel rispetto della vigente normativa (GDPR 679/2016). Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Monteleone Rocca Doria.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi della normativa vigente (GDPR 679/2016), presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste per la Richiesta di attivazione del Programma Regionale "Mi prendo cura".

Monteleone Rocca Doria lì _____

Firma del dichiarante

Note per la compilazione:

Il personale incaricato dell'assistenza deve possedere almeno uno dei seguenti requisiti:

- iscrizione nei registri delle/degli assistenti familiari istituiti presso gli Ambiti PLUS;
- qualifica professionale di addetto all'assistenza di base o di operatore tecnico assistenziale, se dedicato esclusivamente all'assistenza diretta della persona, o di Operatore socio-sanitario;
- frequenza, con esito positivo, di un corso di formazione professionale teorico-pratico, relativo all'area dell'assistenza alla persona;
- possesso di una esperienza lavorativa di almeno sei mesi nel campo della cura domiciliare alla persona con regolare assunzione documentata.