

ALLEGATO B

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 veritieri, 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

Del/la signor/a _____

Nato/a a _____ il _____ residente a Florinas

in Via _____ n. _____ C.F. _____

Telefono _____ e mail: _____

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

DICHIARA

CHE, in seguito alla RICHIESTA di accesso alla misura "Mi prendo cura", le spese sostenute nel Secondo semestre 2025 di cui si dispone di pezzi giustificativi comprovanti l'avvenuto pagamento sono le seguenti:

SPESE (indicare le varie voci di spesa e l'importo):

- _____ € _____
- _____ € _____
- _____ € _____
- _____ € _____

TOTALE SPESE SOSTENUTE € _____

Allega fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

DATA _____

FIRMA _____