



COMUNE DI VALLEDORIA

Provincia di Sassari

AREA SERVIZI GENERALI E SOCIO CULTURALI

*All'Ufficio Servizi Sociali
del Comune di Valledoria*

MODULO DI DOMANDA PER L'ACCESSO AL PROGRAMMA REGIONALE "MI PRENDO CURA". ANNO 2026

(ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa")

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.

CHIEDE

l'ammissione al programma regionale "MI PRENDO CURA":

- ☐ in quanto già beneficiario del programma Ritornare a casa Plus nell'annualità 2026, per il rimborso delle seguenti spese:
- servizi professionali di assistenza alla persona, ad integrazione di quelli già previsti nel piano personalizzato "Ritornare a casa plus";
 - medicinali, integratori, ausili e protesi, a seguito di prescrizione medica, che non siano a carico del Servizio sanitario regionale o non siano forniti in misura sufficiente;

- forniture di energia elettrica e di riscaldamento, che non trovino copertura tra le tradizionali misure a favore dei non abbienti.

☐ in quanto beneficiario nel corso nel 2026 di un progetto "Ritornare a casa plus" attivo "livello assistenziale dimissioni protette" per il rimborso delle seguenti spese:

- servizi professionali di assistenza alla persona ad integrazione di quelli già previsti nel piano personalizzato "Ritornare a casa plus" "livello assistenziale dimissioni protette".

☐ in quanto richiedente l'accesso al Programma Ritornare a casa Plus e in attesa da oltre 30 giorni per la sua attivazione, per il rimborso delle seguenti spese:

- servizi professionali di assistenza alla persona.

☐ l'integrazione del contributo di ulteriori euro 1.000 a favore di persone con sclerosi laterale amiotrofica e sclerosi (allegare certificazione medica);

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 essere consapevole che la documentazione delle spese sostenute dovranno essere consegnate entro e non oltre il 28/02/2027.

ALLEGA

- ☐ certificazione ISEE 2026 sociosanitario;
- ☐ 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.

_____ li ____ / ____ / ____
(luogo) (data)

(firma)