

DOMANDA RIMBORSO SPESE SOSTENUTE PROGRAMMA REGIONALE “MI PRENDO CURA” Annualità 2026;

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
(_____) il ____/____/____ Codice Fiscale _____
residente a Santa Maria Coghinas in via _____
n° _____ recapito telefonico _____
cellulare _____ e-mail _____

In qualità di

- ☐ destinatario del piano
- ☐ coniuge
- ☐ figlio
- ☐ tutore legale
- ☐ amministratore di sostegno
- ☐ altro _____

del Sig./ra _____ nato/a _____
a _____ - (_____) il ____/____/____ Codice Fiscale _____
residente in _____ in via _____
n° _____ recapito telefonico _____
cellulare _____ e-mail _____

Beneficiario del programma “Ritornare a Casa Plus dal _____

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

DICHIARA

Di aver sostenuto le seguenti spese nel semestre dal _____ al _____
le cui pezze giustificative sono allegate alla presente dichiarazione:

- ☐ Spese sostenute per acquisto di medicinali, ausili e protesi che non siano forniti dal Servizio Sanitario Nazionale pari a euro _____;
- ☐ Spese sostenute per la fornitura di energia elettrica che non trovino copertura nelle tradizionali misure a favore dei non abbienti pari a euro _____;
- ☐ Spese sostenute per il riscaldamento domestico che non trovino copertura nelle tradizionali misure a favore dei non abbienti pari a euro _____;
- ☐ Spese per l'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona pari a euro _____;

Allega:

- attestati di pagamento delle spese effettuate, scontrini fiscali/ricevute relative a fornitura di medicinali, ausili e protesi relativi all'anno 2026, recanti il codice fiscale del beneficiario;
- pezze giustificative riguardanti l'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona;

Santa Maria Coghinas, li _____

Firma del Dichiarante
