

*Al Comune di Villaurbana
Via Roma n. 24
09080 Villaurbana*

OGGETTO: Domanda di Accesso al Programma regionale “Mi prendo cura”. DD.GG.RR n. 48/46 del 10.12.2021, n. 12/17 del 07.04.2022, n. 10/28 del 16.03.2023 e n. 67/24 del 23.12.2025. Misura comunale complementare al programma "Ritornare a casa Plus".

__l__ sottoscritt__
nat__ a__ il __/__/__
C.F. __
Residente a__ Via/Piazza__ n. __
Telefono__ e mail: __

nella sua qualità di:

☐ diretto interessato ☐ legale rappresentante/A.d.S. ☐ familiare di riferimento

del/della signor/ra __
nat__ a__ il __/__/__
C.F. __
Residente a__ Via/Piazza__ n. __
Telefono__ e mail: __

consapevole delle sanzioni previste dal D.P.R 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci

CHIEDE

di essere ammesso o che il/la sig./ra _____ venga ammesso/a al beneficio economico riconosciuto dalla Regione Sardegna con DD.GG.RR n° 48/46 del 10.12.2021, n° 12/17 del 07.04.2022, n. 10/28 del 16.03.2023 e n. 67/24 del 23.12.2025, Programma regionale “Mi prendo Cura”, finalizzato al rimborso di forniture di medicinali, integratori, ausili, protesi e dispositivi medici che non sono erogati dal Servizio Sanitario Regionale, delle spese sostenute per la fornitura di energia elettrica e di riscaldamento che non trovino copertura tra le tradizionali misure a favore dei non abbienti, delle spese per i servizi professionali di assistenza alla persona attivati nelle more dell'attuazione del programma regionale "Ritornare a casa plus".

A tal fine dichiara che la persona interessata è beneficiaria del programma “Ritornare a casa PLUS” attivo nell’anno 2026 o dalla data del __/__/__ o che ha presentato in data __/__/__ domanda di attivazione di un nuovo progetto “Ritornare a casa Plus” formalmente acquisita dall’Ambito PLUS di riferimento, valutata positivamente come da verbale U.V.T. n° __ del __ ed è in attesa dell’attivazione dello stesso da oltre 30 giorni.

Allega alla richiesta la seguente documentazione:

- () Documento di riconoscimento del richiedente e del beneficiario in corso di validità;
- () Attestazione ISEE socio sanitario anno 2026;
- () Dichiarazione delle spese sostenute nell’anno 2026 unitamente alle pezze giustificative relative a:
 - () fornitura di energia elettrica e riscaldamento;

- ☐ scontrini fiscali / ricevute relative a fornitura di medicinali, integratori, ausili, protesi e dispositivi medici ;
- ☐ pezze giustificative relative all'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona attivati nelle more dell'attuazione del programma regionale "Ritornare a casa Plus";
- ☐ Dichiarazione da cui risulti che tali spese non sono coperte dal Servizio Sanitario Regionale e da altre misure a favore dei non abbienti;
- ☐ Decreto di nomina di tutela o di amministratore di sostegno (nei casi previsti);
- ☐ Delega alla riscossione (se non precedentemente depositata).

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell'articolo 76 del DPR n. 445 del 2000, n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, **dichiara** che quanto espresso nel modulo è vero ed è accertabile ai sensi dell'articolo 43 del citato DPR n. 445 del 2000, ovvero documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti.

DICHIARA altresì:

Di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) e del Regolamento Europeo 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa (Programma regionale "Mi Prendo Cura" – Misura comunale complementare al programma "Ritornare a casa") di cui alle DD.GG.RR n° 48/46 del 10.12.2021, n° 12/17 del 07.04.2022, n° 10/28 del 16.03.2023 e n. 67/24 del 23.12.2025.

Di aver preso visione dell'Informativa Privacy del Comune di Villaurbana allegata in calce al presente modulo/ domanda relativo/a all'Avviso pubblico comunale "Programma regionale Mi prendo Cura" per l'assegnazione di benefici economici e di averla compresa in tutte le sue parti.

Villaurbana, li _____

Firma del dichiarante
