

Spett.le Comune di Desulo
Ufficio Servizio Sociale
via Lamarmora n° 73
08032 DESULO (NU)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ residente in _____

in via/piazza _____ n° _____, Tel./Cell.. _____

in riferimento al Programma "Mi Prendo Cura" - misura complementare al Programma "Ritornare a Casa PLUS" - annualità 2026

DICHIARA

☐ per sé medesimo

☐ per _____

che le spese dichiarate nella richiesta di accesso alla suddetta misura non sono coperte dal SSN o da altri interventi/misure a favore dei non abbienti.

Desulo, lì _____

(firma per esteso e leggibile)