Comune di Suni
Via XXIV Maggio, n. 7
09090 SUNI (OR)

RICHIESTA ATTIVAZIONE PROGRAMMA REGIONALE "MI PRENDO CURA"

Anno 2025

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ - (_____) il ___/___/_____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Documento di identità in corso di validità _____

numero _____ rilasciato da _____

residente/domiciliato in _____ in via _____, ___

recapito telefonico _____ cellulare _____

e-mail _____

In qualità di

- ☐ se medesimo
- ☐ coniuge
- ☐ figlio
- ☐ tutore legale
- ☐ amministratore di sostegno
- ☐ altro_____

del/la Sig./ra_____

nato/a a _____ - (_____) il ___/___/_____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Documento di identità in corso di validità _____

numero _____ rilasciato da _____

residente/domiciliato in _____ in via _____, ___

recapito telefonico _____ cellulare _____

e-mail _____

CHIEDE

Di essere ammesso al beneficio economico **"Mi prendo cura 2025"** finalizzato al rimborso di medicinali, ausili e protesi che non sono forniti dal Servizio Sanitario Regionale e al rimborso della fornitura di energia elettrica e di riscaldamento che non trovano copertura in altre misure.

A TAL FINE

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 spese relative alle pezze giustificative, **per l'annualità 2025 (quelle sostenute fino al momento della presente della presente istanza)**, allegate alla presente dichiarazione per far fronte alle seguenti esigenze della persona beneficiaria del Progetto Ritornare a casa Plus:

1. **Pagamento fornitura energia elettrica** per un importo di € _____ di cui € _____ rimborsato da altra misura;
2. **Pagamento fornitura di riscaldamento (gas, gasolio, legnatico, pellet, altro)** per un importo di € _____ di cui € _____ rimborsato da altra misura;
3. **Pagamento medicinali, ausili e / o protesi** per un importo di € _____ di cui € _____ rimborsato da altra misura;

Allega:

- Attestati di pagamento delle spese effettuate, inserite in apposita busta chiusa;
- Copia documento di identità in corso di validità;
- Decreto di nomina di tutela o di amministratore di sostegno (nei casi previsti);
- Copia ISEE in corso di validità.

Suni, lì_____

Firma del Dichiarante

_____

INFORMATIVA PRIVACY

Si informa che, ai sensi della normativa vigente, i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, saranno trattati, anche facendo uso di strumenti informatici, al solo fine di consentire l'attività di valutazione e di erogazione dell'intervento, nel rispetto della vigente normativa (GDPR 679/2016).
Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Tuili.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi della normativa vigente (GDPR 679/2016), presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste per la Richiesta di attivazione del Programma Regionale "Mi prendo cura".

Suni, lì_____

Firma del dichiarante

_____