

AL COMUNE DI PERFUGAS
SETTORE SOCIO ASSISTENZIALE CULTURALE

PROGRAMMA REGIONALE “MI PRENDO CURA”
DOMANDA DI RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (_____) il ____ / ____ / ____,
residente a _____ in via _____, _____
Codice Fiscale _____
recapito telefonico _____ e-mail _____

In qualità di:

- beneficiario
 coniuge
 figlio
 tutore legale
 amministratore di sostegno
 altro _____

del Sig./ra _____
nato/a a _____ (_____) il ____ / ____ / ____,
residente a _____ in via _____, _____
Codice Fiscale _____

Beneficiario del programma Ritornare a Casa PLUS dal _____

ai sensi di quanto previsto dagli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi e della decadenza dal beneficio ottenuto sulla base di dichiarazioni non veritieri prevista dall'articolo 75 del citato D.P.R.,

DICHIARA

1) Di aver sostenuto le seguenti spese nel **semestre dal _____ al _____**,
le cui pezze giustificative sono indicate alla presente dichiarazione:

- Spese sostenute per acquisto di medicinali, ausili e protesi che non siano forniti dal Servizio Sanitario Regionale pari a € _____;**
- Spese sostenute per la fornitura di energia elettrica che non trovino copertura nelle tradizionali misure a favore dei non abbienti pari a € _____;**
- Spese sostenute per il riscaldamento domestico che non trovino copertura nelle tradizionali misure a favore dei non abbienti pari a € _____;**

Spese per l'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona (allegare contratto, buste paga e ricevute di pagamento dei contributi INPS) pari a € _____;

2) di essere consapevole che le spese dichiarate sono conformi a quanto stabilito all'art. 6 del Bando "Contributo regionale "MI PRENDO CURA" - Biennio 2024/2025" approvato con Determinazione n. _____ del _____ del Comune di Perfugas.

ALLEGA:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- pezze giustificative delle spese sostenute;
- documento attestante l'Iban di c/c postale o bancario nel quale si desidera ricevere il rimborso.

_____, _____

Firma del Dichiaraente