

**RICHIESTA ATTIVAZIONE PROGRAMMA REGIONALE "MI PRENDO CURA"**

**BIENNIO 2024-2025**

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

**In qualità di:**

- ☐ destinatario del beneficio
- ☐ coniuge
- ☐ figlio
- ☐ tutore legale
- ☐ amministratore di sostegno
- ☐ altro \_\_\_\_\_

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

**Richiedente/Beneficiario del programma Ritornare a Casa PLUS dal \_\_\_\_\_**

**CHIEDE**

**Che il/la Signor/a \_\_\_\_\_**

**venga ammesso/a al programma "MI PRENDO CURA" per il biennio 2024/2025**

**DICHIARA**

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 veritiere prevista dall'articolo 75 del citato D.P.R., di aver acquisito tutte le informazioni relative all'attivazione di predetto intervento e di essere consapevole che l'eventuale rimborso delle spese per l'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona può essere concesso solo: a favore di coloro che, avendo presentato domanda di attivazione di un nuovo progetto "Ritornare a casa Plus", formalmente acquisita dall'ambito di riferimento e con esito positivo da parte dell'UVT, siano in attesa da oltre trenta giorni per la sua attivazione; ai beneficiari affetti da Sclerosi laterale amiotrofica (SLA) o sclerosi per quelle spese non rientranti nel rimborso di cui al programma "Ritornare a casa Plus" per incapacienza in tale finanziamento.

**ALLEGA:**

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Decreto di nomina di tutela o di amministratore di sostegno (nei casi previsti);
- Informativa privacy.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

**Firma del Dichiarante**

\_\_\_\_\_