

**AI COMUNE DI PERFUGAS
SETTORE SOCIO ASSISTENZIALE CULTURALE**

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 veritiero 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 incipienza 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