



COMUNE DI DORGALI

Viale Umberto, 37 – CAP 08022 – Tel. 0784.927242/43/49/50

servizisociali@comune.dorgali.nu.it servizisociali@pec.comune.dorgali.nu.it

SETTORE SERVIZI SOCIALI

Al Responsabile dei Servizi Sociali
Comune di Dorgali

OGGETTO: Richiesta di accesso al "MI PRENDO CURA" - Misura complementare al programma Ritornare a Casa Plus, ai sensi della LEGGE REGIONALE 22 Novembre 2021 N. 17, ART. 6 e delle Delibere della Giunta regionale n. 48/46 del 10/12/2021 e n. 12/17 del 07/04/2022.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ in via/piazza _____ n. _____
C.F. _____ telefono _____
email _____

CHIEDE

- ☐ per se stesso;
- ☐ per _____, in qualità di _____
(indicare il rapporto di parentela), nato/a a _____ il _____
residente a Dorgali in via/piazza _____ n. _____
C.F. _____ recapito telefonico _____,
e-mail _____;

Di poter beneficiare del finanziamento MI PRENDO CURA - Misura complementare al programma Ritornare a Casa Plus.

DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole che in caso di false dichiarazioni, di formazione o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, l'Amministrazione erogante provvederà alla revoca del beneficio eventualmente concesso sulla base della dichiarazione come previsto dall'art. 75 del suddetto D.P.R. 445/2000,

☐ Di essere attualmente beneficiario del Progetto "Ritornare a Casa Plus" attivo nell'anno 2022 e di aver sostenuto nel corso dello stesso anno le spese documentate in allegato correlate all'acquisto di medicinali, protesi, ausili, presidi (non forniti dal servizio sanitario regionale), energia elettrica e/o riscaldamento (che non trovano copertura tra le tradizionali misure di sgravio e rimborso, statali e regionali);

☐ Di essere attualmente in lista d'attesa per l'attivazione di un progetto Ritornare a Casa Plus da

oltre 30 giorni nel 2022 e di aver sostenuto durante lo stesso anno spese per l'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona per € _____, come documentato dalla documentazione allegata;

☐ Di impegnarsi a comunicare tempestivamente, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modulo.

Allega:

- Rendicontazione spese sostenute nel 2022 correlate all'acquisto di servizi professionali di assistenza alla persona, medicinali, protesi, ausili, presidi, energia elettrica e/o riscaldamento.
- Copia del documento di identità del richiedente in corso di validità;

Dorgali, _____

Firma

MANIFESTAZIONE DI CONSENSO ESPPLICITO

Il/la sottoscritto/a _____ C.F.: _____ dichiara di aver preso visione dell'informativa ex art 13 del Regolamento (UE) 2016/679 e autorizza al trattamento dei dati personali, forniti nell'ambito dell'istanza per l'assegnazione del contributo relativo al Programma Regionale Mi Prendo Cura, per le finalità di cui all'informativa riportata, e dichiara di essere informato, ai sensi dell'art.13 del citato decreto che tali dati saranno raccolti e trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

AUTORIZZA LA RACCOLTA E L'UTILIZZO DEI PROPRI DATI PERSONALI, SENSIBILI E PARTICOLARI
per le finalità di cui all'informativa sopra riportata.

Dorgali, _____

Firma leggibile
