

Scadenza \_\_\_\_\_

SPETT.LE COMUNE DI SELARGIUS  
AREA 1 – SOCIO-ASSISTENZIALE

**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:**

- sé medesimo
- 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 veritiere prevista dall'articolo 75 del citato D.P.R.,

**DICHIARA**

- 1) Di aver sostenuto le seguenti spese nel \_\_\_\_\_ **semestre 20**\_\_\_\_, le cui pezze giustificative sono allegata 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. 7 del bando "Contributo regionale "MI PRENDO CURA" - Biennio 2024/2025" approvato con Determinazione del Direttore Area 1 Socio Assistenziale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ del Comune di Selargius.

**Allega:**

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Documento attestante l'iban di c/c postale o bancario nel quale si desidera ricevere il rimborso.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Firma del Dichiarante

\_\_\_\_\_