COMUNE DI BOLOTANA

PROVINCIA DI NUORO

UFFICIO SERVIZIO SOCIALE

Spett.le Comune di Bolotana

Oggetto: Domanda di Accesso al Programma "Mi prendo cura". DGR n. 67/24 del 23/12/2025 - Linee d'indirizzo annualità 2026/2027. Annualità 2026

Il/La sottoscritt__ _____ nat_ a _____

il _____, residente a _____ in Via _____n.___ __

C.F. __ __ __ - __ __ __ - __ __ __ __ __ - __ __ __ __ __

recapito telefonico _____, e-mail _____

CHIEDE

in qualità di:

- ☐ diretto interessato
- ☐ familiare (specificare il grado) _____
- ☐ Amministratore di sostegno/Tutore/curatore

del/la Sig./ra _____ nat_ a _____

il _____, residente a _____ in Via _____n._____

C.F. __ __ __ - __ __ __ - __ __ __ __ __ - __ __ __ __ __

recapito telefonico _____, e-mail _____

Di poter accedere alla *Misura complementare al programma "Ritornare a Casa Plus*" denominata "MI PRENDO CURA"

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 2026, con decorrenza dal mese _____ 2026;

☐ Di essere affetto da sclerosi laterale amiotrofica o sclerosi;

☐ Di aver sostenuto nel corso dell'anno 2026 le spese documentate in allegato quali 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 impegnarsi a comunicare tempestivamente, qualsiasi variazione concernente le dichiarazioni rese nel presente modulo.

CHIEDE

che il contributo venga erogato attraverso:

 quietanza diretta (ritiro somma in contanti) presso la Filiale del Banco di Sardegna di Bolotana;

 accredito su conto corrente bancario/postale intestato al richiedente con il seguente IBAN:

SCRIVERE L'IBAN IN MANIERA LEGGIBILE, DIFFERENZIANDO LETTERE E NUMERI IN MANIERA UNIVOCA

Allega:

- Documento di riconoscimento del richiedente e del beneficiario in corso di validità;
- Pezze giustificative relative a:
  - servizi professionali di assistenza alla persona;
  - Scontrini fiscali e ricevute relative a fornitura di medicinali, ausili e protesi, forniture di energia elettrica e di riscaldamento relativi al periodo di decorrenza del programma Ritornare a Casa;
- Dichiarazione personale da cui risulti che tali spese non sono coperte dal SSN e da altre misure a favore dei non abbienti;
- ISEE 2026;
- Codice Iban intestato al beneficiario/a.

Dichiarazione personale da cui risulti che tali spese non sono coperte dal SSN e da altre misure a favore dei non abbiente;

Luogo data _____

Firma

_____

Il/La sottoscritt- è consapevole che in caso di dichiarazioni false nella compilazione della modulistica relativa al piano personalizzato, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, l'amministrazione provvederà alla revoca dei benefici eventualmente concessi, come previsto dall'art. 75 D.P.R. n. 445/2000; Consapevole inoltre di quanto previsto dall'art. 71, comma 3, D.P.R. n. 445/2000, in merito al contestuale consenso prestato dal dichiarante, con la presente, al controllo della corrispondenza di quanto dichiarato, con le risultanze dei dati custoditi dalla competente amministrazione pubblica.

MANIFESTAZIONE DI CONSENSO ESPLICITO

Il/la sottoscritt_ _____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 la predisposizione di un progetto Ritornare a Casa PLUS, 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.

Luogo data _____ Firma leggibile

_____