Immagine che contiene testo, porcellana

Descrizione generata automaticamente COMUNE DI SANTA TERESA GALLURA

**Provincia di Sassari**

Piazza Villamarina – 07028

tel 0789 740900

info@comunesantateresagallura.it

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Settore Socio – Assistenziale e Sanitario

Ufficio Servizi Sociali

assistentesociale@comunesantateresagallura.it

serviziosociale@comunesantateresagallura.it

madonnar@comunesantateresagallura.it

tel. 0789/740928 – 956 - 912

**Al Responsabile**

**del Settore Socio – Assistenziale e Sanitario**

**Comune di Santa Teresa Gallura**

**OGGETTO: ISTANZA Programma “Mi prendo cura”.**

**D.G.R. n. 8/46 del 10.12.2021 - D.G.R. 12/17 del 07.04.2022 - D.G.R. n. 10/28del 16/03/2023**

**Linee d’indirizzo annualità 2023/2025. RIMBORSO SPESE 2024**

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**nella sua qualità di:**

□ diretto interessato o □ legale rappresentante □ amministratore di sostegno □ familiare di riferimento □ altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Del/della signor/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ **Beneficiario del progetto Ritornare a casa nell’anno 2024**

□ **Beneficiario del progetto Ritornare a casa nell’anno 2024 affetto da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e Sclerosi.**

**RICHIEDE** il beneficio di cui al programma “Mi prendo Cura” D.G.R. 8/46 del 2021, D.G.R. 12/17 del 2022 e D.G.R. del 16/03/2023, n. 10/28, a tal fine

**DICHIARA**

Di aver sostenuto, **per l’annualità 2024**, le seguenti spese per far fronte alle esigenze della persona beneficiaria del Progetto “Ritornare a casa Plus”:

1. **Pagamento fornitura energia elettrica:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N. Ricevuta o scontrino fiscale** | **Descrizione spesa periodo** | **Importo** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| TOTALE |  |  |

1. **Pagamento fornitura di riscaldamento (gas, gasolio, legna, pellet, altro)**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N. Ricevuta o scontrino fiscale** | **Descrizione spesa periodo** | **Importo** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| TOTALE |  |  |

1. **Pagamento medicinali, ausili e / o protesi:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N. Ricevuta o scontrino fiscale** | **Descrizione spesa periodo** | **Importo** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| TOTALE |  |  |

1. **Servizi professionali di assistenza alla persona:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Contratto e busta paga** | **Descrizione spesa periodo** | **Importo** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| TOTALE |  |  |

**TOTALE COMPLESSIVO SPESE SOSTENUTE ( Totale tabelle 1-2-3) € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Allega:

* Ricevute di pagamento delle spese effettuate;
* Copia documento di identità in corso di validità;
* IBAN;

**NB:** Qualora la richiesta sia effettuata da parte degli eredi l’istanza dovrà riportare il nominativo di un unico delegato, ma sottoscritta da tutti gli eredi allegando il documento di identità di ognuno.

Dichiara, altresì, che quanto sopra indicato corrisponde a verità e di essere a conoscenza che il Comune di Santa Teresa Gallura potrà accertarne la veridicità ai sensi di quanto previsto all’art. 71 del DPR 445/2000.

Santa Teresa Gallura, lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **INFORMAZIONE E ACCESSO AI DATI PERSONALI**  Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati  I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.  Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.  Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.  Santa Teresa Gallura li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma per accettazione  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |