



COMUNE DI SANTA TERESA GALLURA
Provincia Gallura Nord-Est Sardegna

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. 67/24 del 23/12/2025- Linee di indirizzo per le annualità 2026-2027
Rimborso spese 2026.

__I__ sottoscritt__ nat__ a __
il __/__/__ C.F. __
Residente a __ Via/Piazza __ n. __
Telefono __ e mail: __

nella sua qualità di:

☐ diretto interessato ☐ 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 2026**

RICHIESTE il beneficio di cui al programma “Mi prendo Cura” D.G.R. 48/46 del 2021, D.G.R. 12/17 del 2022,
D.G.R. 10/28 del 2023 e D.G.R. n. 67/24 del 2025 a tal fine

DICHIARA

Di aver sostenuto, **per l'annualità 2026**, 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		

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

N. Ricevuta o scontrino fiscale	Descrizione spesa periodo	Importo
TOTALE		

3. Pagamento medicinali, ausili e / o protesi:

N. Ricevuta o scontrino fiscale	Descrizione spesa periodo	Importo

TOTALE		

4. 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:

- Documentazione comprovante le spese sostenute;
- Copia documento di identità in corso di validità;
- IBAN.

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.

Scadenza presentazione Istanze: entro le ore 13:00 del giorno 11.01.2027 all'Ufficio protocollo del Comune di Santa Teresa Gallura piazza Villamarina n.1 oppure via mail all'indirizzo: protocollo@pec.comunestg.it.

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
