



Comune di
MUROS
PROVINCIA DI SASSARI

AREA SOCIO CULTURALE SCOLASTICA E SPORTIVA

**Al Responsabile del Servizio Sociale
del Comune di Muros**

**OGGETTO: DOMANDA DI ACCESSO AL PROGRAMMA “MI PRENDO CURA”.
DGR N. 48/46 DEL 10.12.2021 - LINEE D’INDIRIZZO ANNUALITÀ
2021/2023.**

Il sottoscritt _____ nat _____ a _____

il ___/___/___ C.F. _____

Residente a _____ Via/Piazza _____ n.

Telefono _____ e mail: _____

nella sua qualità di:

- beneficiario/a del programma “Ritornare a casa PLUS”.
- Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore _____
- familiare di riferimento

Del/la signor/a _____

Nato/a a _____ il _____ residente a MUROS

in Via _____ n. _____ C.F. _____

Telefono _____ e mail: _____

beneficiario/a del programma “Ritornare a casa PLUS”.

CHIEDE

di essere ammesso/a al beneficio economico riconosciuto dalla Regione Sardegna con DGR n° 48/46 del 10.12.2021, finalizzato al rimborso di forniture di medicinali, ausili e protesi che non sono erogati dal Servizio Sanitario Regionale nonché al rimborso delle spese sostenute per la fornitura di energia elettrica e di riscaldamento che non trovino copertura tra le tradizionali misure a favore dei non abbienti.

Chiede che il suddetto rimborso avvenga nel modo indicato:

- accredito su conto corrente intestato a _____
codice IBAN _____
- con delega alla riscossione a favore di _____



Comune di
MUROS
PROVINCIA DI SASSARI

AREA SOCIO CULTURALE SCOLASTICA E SPORTIVA

nato a _____ il _____, residente in _____
via _____ Codice Fiscale _____ su conto
corrente intestato a _____
codice IBAN _____

Muros, _____

Firma del dichiarante

Alla richiesta dovrà essere allegata la seguente documentazione:

- documento di riconoscimento del richiedente e del beneficiario in corso di validità;
- documento di riconoscimento della persona delegata alla riscossione;
- pezze giustificative relative alla fornitura di energie elettrica e riscaldamento relative all'anno 2022;
- scontrini fiscali / ricevute relative a fornitura di medicinali, ausili e protesi relativi all'anno 2022;
- dichiarazione personale da cui risulti che tali spese non sono coperte dal SSN e da altremisure a favore dei non abbienti;

Dichiaro di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento (UE) 2016/679 (RGDP) che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente per tale scopo.

L'Amministrazione comunale si riserva di effettuare opportune verifiche sulla veridicità dei dati indicati.

Muros _____

Firma _____