

	<p style="text-align: center;">COMUNE DI DECIMOMANNU CITTA' METROPOLITANA DI CAGLIARI I SETTORE – SERVIZI SOCIALI Piazza Municipio 1 - 09033 – Decimomannu (CA)</p>	<p style="text-align: center;">PAGINA 1</p>
C.F. 80013450921 P.IVA 01419800923	Tel. 070966701 – 0709667031	MAIL: dgarau@comune.decimomannu.ca.it PEC: protocollo@pec.comune.decimomannu.ca.it

Al Responsabile del 1° Settore
Del Comune di Decimomannu
Servizi Socio-Assistenziali

SCADENZA:
31 AGOSTO 2022 PER IL PRIMO SEMESTRE 2022
28 FEBBRAIO PER IL SECONDO SEMESTRE 2022

DICHIARAZIONE DI SPESE SOSTENUTE NELL'ANNO 2022
E RICHIESTA DI RIMBORSO
PROGRAMMA REGIONALE "MI PRENDO CURA"

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ - (_____) il ____/____/____

Codice Fiscale

Documento di identità in corso di validità _____
numero _____ rilasciato da _____
residente/domiciliato in _____ in via _____, _____
recapito telefonico _____ cellulare _____
e-mail _____

In qualità di

se medesimo
 coniuge
 figlio
 tutore legale
 amministratore di sostegno
 altro _____

del Sig./ra _____
nato/a a _____ - (_____) il ____/____/____

Codice Fiscale

Documento di identità in corso di validità _____

numero _____ rilasciato da _____
residente/domiciliato in _____ in via _____, _____
 recapito telefonico _____ cellulare _____
e-mail _____

Consapevole che, ai sensi dell'art. art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm., la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 77 del medesimo D.P.R. n.445/2000 in merito alla decadenza

DICHIARA

Di aver sostenuto le spese relative alle pezze giustificative, **per l'annualità 2022**, allegate alla presente dichiarazione, per far fronte alle seguenti esigenze della persona beneficiaria del Progetto Ritornare a casa Plus:

1. **Pagamento fornitura energia elettrica** per un importo di € _____ di cui € _____ rimborsato da altra misura;
2. **Pagamento fornitura di riscaldamento (gas, gasolio, legnatico, pellet, altro)** per un importo di € _____ di cui € _____ rimborsato da altra misura;
3. **Pagamento medicinali, ausili e / o protesi** per un importo di € _____ di cui € _____ rimborsato da altra misura.

Allega:

- Attestati di pagamento delle spese effettuate;
- Documento della Posta o della Banca attestante il proprio iban sul quale verrà accreditato il rimborso;
- Copia documento di identità in corso di validità;
- Decreto di nomina di tutela o di amministratore di sostegno (nei casi previsti);

Decimomannu _____

Firma del Dichiarante

INFORMATIVA PRIVACY

Si informa che, ai sensi della normativa vigente, i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, saranno trattati, anche facendo uso di strumenti informatici, al solo fine di consentire l'attività di valutazione e di erogazione dell'intervento, nel rispetto della vigente normativa (GDPR 679/2016). Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Decimomannu.

DICHIARAZIONE DI CONSENTO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi della normativa vigente (GDPR 679/2016), presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste per la Richiesta di attivazione del Programma Regionale "Mi prendo cura".

Decimomannu, _____

Firma del dichiarante
