

COMUNE DI TETI



COMUNE DI TETI

PROVINCIA DI NUORO

Corso Italia n. 63 - C.A.P. 08030

Tel. 0784/68023 - Fax. 0784/68229

Cod. Fiscale 81000970913 - Part. I.V.A. 00716030911

Sito Web - www.comune.teti.nu.it

AREA SOCIO-CULTURALE, PUBBLICA ISTRUZIONE E SPORT

AL RESPONSABILE DEL SERVIZIO SOCIO-CULTURALE, P.I. E SPORT
DEL COMUNE DI TETI

OGGETTO: PROGRAMMA REGIONALE "MI PRENDI CURA". ANNUALITA' 2026.

Il/La sottoscritto/a nato/a a il

Residente a in Via n°

Tel./cell. n° email

Codice Fiscale

In qualità di:

☐ Destinatario

☐ Amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina in corso di validità)

☐ Altro familiare (indicare il grado di parentela)

Del proprio congiunto

indicare cognome e nome - (indicare il grado di parentela);

nato/a il e residente a Teti;

Via/Vico/Corso n.;

CHIEDE

- ☐ **A** - Di essere ammesso al beneficio economico "Mi prendo cura" finalizzato al rimborso di medicinali, integratori, ausili e protesi acquistati a seguito di prescrizione medica e non forniti dal Servizio Sanitario Regionale e al rimborso della fornitura di energia elettrica e di riscaldamento che non trovano copertura in altre misure, in quanto beneficiario del progetto Ritornare a casa PLUS

☐ ANNO 2026

O

- ☐ **B** - Di essere ammesso al beneficio economico "Mi prendo cura" avendo presentato domanda di attivazione di un nuovo progetto "Ritornare a casa Plus" formalmente acquisita dall'Ambito di riferimento ed in attesa da oltre trenta giorni per la sua attivazione. In quest'ultimo caso esclusivamente per l'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona:

☐ ANNO 2026

A TAL FINE

consapevole che, ai sensi dell'art. art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm.ii, 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;

DICHIARA

(barrare la voce che interessa)

- ☐ di essere beneficiario del progetto Ritornare a casa Plus nel _____;
- ☐ di aver presentato domanda di attivazione di un nuovo progetto "Ritornare a casa Plus" formalmente acquisita dall'Ambito di riferimento in data _____ e di essere in attesa da oltre trenta giorni per la sua attivazione;
- ☐ di essere beneficiario del contributo di ulteriori € 1.000,00 in quanto affetto da sclerosi o da sclerosi laterale amiotrofica;
- ☐ di essere a conoscenza del fatto che l'Amministrazione Comunale, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000 potrà disporre controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese;
- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa inerente al trattamento dei dati personali nel perseguimento delle finalità connesse al procedimento "*Mi prendo cura annualità 2026*" e di averla compresa in tutte le sue parti.

DICHIARA, INOLTRE,

- ☐ che le forniture di medicinali, integratori, ausili e protesi per le quali si richiede il contributo non sono stati erogate dal Servizio Sanitario Regionale e non usufruiranno della detrazione fiscale in sede di dichiarazione dei redditi;
- ☐ che le forniture di energia elettrica e di riscaldamento per le quali si richiede il contributo non hanno trovato copertura tra le tradizionali misure a favore dei non abbienti;
- ☐ che i servizi professionali per i quali si chiede il contributo non hanno trovato copertura in altri interventi comunali, regionali, ministeriali;

Allega alla presente:

- ☐ Copia del documento d'identità del richiedente in corso di validità del richiedente e/o del destinatario del piano;
- ☐ Certificazione medica attestante la diagnosi di Sclerosi laterale amiotrofica (SLA) e sclerosi (solo per i pazienti con dette patologie);
- ☐ Certificazione ISEE anno 2026, priva di omissioni e difformità;
- ☐ eventuale Decreto di nomina di tutela o di amministratore di sostegno (nei casi previsti).

Teti, Li _____

IL DICHIARANTE _____