

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

**DOMANDA RIMBORSO SPESE SOSTENUTE PROGRAMMA REGIONALE "MI PRENDO CURA"
ANNUALITÀ 2026.**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ (_____) il ____/____/____ Codice Fiscale _____
_____ residente a Teti in via _____
_____ n° _____ recapito telefonico _____
cellulare _____ e-mail _____

In qualità di

- ☐ destinatario del piano
- ☐ tutore legale / amministratore di sostegno
- ☐ altro familiare _____

del/la Sig./ra _____ nato/a _____
a _____ - (_____) il ____/____/____ Codice Fiscale _____
_____ residente in _____ in via _____
_____ n° _____ recapito telefonico _____
cellulare _____ e-mail _____

Beneficiario del programma "Ritornare a Casa Plus dal _____

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 seguenti spese per far fronte alle 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, integratori, ausili e / o protesi per un importo di € _____
di cui € _____ rimborsato da altra misura;

4. Servizi professionali di assistenza alla persona ad integrazione di quelli già previsti nel piano personalizzato "Ritornare a casa PLUS" - Livello assistenziale Dimissioni Protette
€ _____;
5. Servizi professionali di assistenza alla persona (solo ipotesi B) € _____.

Il/La sottoscritto/a chiede, inoltre, che il suddetto rimborso avvenga nel seguente modo:

accredito su c.c. bancario/postale c/o Banca/Poste _____ filiale di _____
avente il codice Iban: _____

Allega la seguente documentazione:

- ☐ Pezze giustificative delle spese sostenute;
- ☐ Documento d'identità;
- ☐ Copia IBAN con l'indicazione dei soggetti intestatari (non si accettano IBAN scritti a mano ma solo documenti stampati con intestazione della Banca/Posta).

Teti, Lì _____

IL DICHIARANTE

Firma _____

- Attestati di pagamento delle spese effettuate, scontrini fiscali/ricevute relative a fornitura di medicinali, ausili e protesi relativi all'anno 2026, recanti il codice fiscale del beneficiario;
- Pezze giustificative riguardanti l'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona;

Perfugas, lì _____

Firma del Dichiarante
