

PROGRAMMA REGIONALE "MI PRENDO CURA"

RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE SOSTENUTE NELL'ANNO 2021

l sottoscritt_ _____ nat_ a _____ il _____
 residente a _____, Via/ Piazza _____ n° _____
 CAP _____ Codice fiscale _____
 telefono _____ cellulare _____

In qualità di:

- destinatario del programma "Ritornare a casa PLUS"
 incaricato della tutela
 titolare della potestà genitoriale
 amministratore di sostegno
 familiare referente (indicare il rapporto di parentela): _____
 altro (indicare) _____

Del/la Sig./ra _____ beneficiario/a del
 Programma Regionale "Ritornare a Casa PLUS" in corso di svolgimento residente a Sant'Andrea Frius in
 Via/ Piazza _____ n° _____ CAP _____ C.F. _____

Consapevole che, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000, 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.

DICHARA

Di aver sostenuto le spese relative alle pezze giustificative, per l'annualità 2021, allegate alla presente
 dichiarazione per far fronte alle seguenti esigenze della persona beneficiaria del Progetto Ritornare a
 casa Plus, come di seguito riportate:

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 ecc. per un importo di € _____ di cui € _____
 rimborsato da altra misura.

Si allegano alla presente:

- *Ricevute di pagamento delle spese effettuate in originale*
- *Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente*

Sant'Andrea Frius lì, _____

Firma
