

## PROGRAMMA REGIONALE "MI PRENDO CURA"

## RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE SOSTENUTE NELL'ANNO 202\_

\_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.

**DICHIARA**

Di aver sostenuto le spese relative alle pezze giustificative, per l'annualità 202\_, 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

\_\_\_\_\_