

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
