

RICHIESTA AMMISSIONE PROGRAMMA REGIONALE "MI PRENDO CURA"

Anno 2024

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ - (____) il ____ / ____ / ____

Codice Fiscale

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

residente in _____ in via _____, _____

recapito telefonico _____ e-mail _____

In qualità di

- se medesimo, beneficiario del programma Ritornare a casa PLUS
- familiare (specificare) _____
- tutore legale/amministratore di sostegno
- altro _____

del/la beneficiario/a del programma "Ritornare a casa PLUS

Sig./ra _____

nato/a a _____ (____) il ____ / ____ / ____

Codice Fiscale

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

residente in _____ in via _____, _____

recapito telefonico _____ e-mail _____

CHIEDE

che il suddetto beneficiario del programma Ritornare a casa PLUS sia ammesso al beneficio economico di cui al Programma regionale "**Mi prendo cura**" ai sensi della Legge Regionale n° 17 del 22/11/2021, Legge Regionale n° 22 del 12 dicembre 2022 e n° 1 del 21 febbraio 2023 e delle Delibere di Giunta Regionale n° 48/46 del 10.12.2021, 12/17 del 07.04.2022 e 10/28 del 16.03.2023.

A TAL FINE

consapevole che, ai sensi dell'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

1. di essere a conoscenza che la domanda incompleta, priva di firme o della documentazione richiesta comporterà la sospensione della stessa sino alla sua regolarizzazione;
2. di aver preso visione dell'informativa privacy riportata in allegato all'avviso, ai sensi del regolamento generale sulla protezione dei dati (UE) n. 2016/679 (GDPR).

Allega:

- dichiarazione sostitutiva di certificazione e richiesta di rimborso delle spese sostenute e relative pezze giustificative;
- attestazione ISEE 2024 **socio-sanitario** del beneficiario;
- copia documento di identità e codice fiscale in corso di validità del dichiarante e del beneficiario;
- informativa privacy sottoscritta per presa visione;
- decreto di nomina di tutela o di amministratore di sostegno (nei casi previsti)

I dati personali, nel rispetto delle disposizioni vigenti, saranno trattati e utilizzati per i fini connessi all'espletamento della procedura in oggetto e per i fini istituzionali dall'amministrazione comunale.

Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria in quanto indispensabile per l'espletamento delle procedure richieste. Il rifiuto al conferimento dei dati oppure la mancata indicazione di alcuni di essi potrà comportare l'annullamento del procedimento per impossibilità a realizzare l'istruttoria.

Il trattamento dei dati sarà effettuato con l'ausilio di mezzi informatici e potranno essere comunicati agli altri soggetti coinvolti nella gestione del procedimento e a quelli demandati all'effettuazione dei controlli previsti dalla vigente normativa.

San Sperate, li _____

Firma del dichiarante
