

	Amministrazione destinataria Comune di Porto Torres	
	Ufficio destinatario Servizi Sociali	

**Istanza per l'accesso al Programma Regionale “Mi prendo cura” - DGR n.48/46 del
10.12.2021 DGR 10/18 del 16.03.2023
Anno 2023**

Il sottoscritto			
Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	
		Cittadinanza	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	
		Posta elettronica certificata	

CHIEDE

La concessione del Beneficio Economico finalizzato al rimborso delle spese relative alla fornitura di medicinali, ausili, protesi, energia elettrica e riscaldamento, Servizi di assistenza professionale.

Soggetto interessato			
<input type="radio"/>	per sè stesso		
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o persona a sottoposta a tutela o ad Amministratore di Sostegno		
Cognome		Nome	Codice Fiscale
Sesso	Data di nascita	Luogo di nascita	Cittadinanza
In qualità di (*)			

In qualità di ():*

amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiera e di falsità in atti,

DICHIARA

- che le pezze giustificative indicate, relative alla fornitura di energia elettrica e riscaldamento, non sono coperte dalle tradizionali misure di sostegno al reddito;
- che gli scontrini fiscali/ricevute indicate, relative alla fornitura di medicinali, ausili e protesi, non sono coperti dal SSN, servizi di assistenza professionale;
- di possedere il seguente ISEE

Valore ISEE Socio Sanitario	Data rilascio	Data fine validità
€		

CHIEDE INOLTRE

che il versamento dei sussidi economici avvenga con la seguente modalità

<input type="radio"/>	accredito su c/c postale o bancario	
Codice IBAN		
Cognome intestatario		Nome intestatario
<input type="radio"/>	accredito su carta prepagata	
Codice IBAN		
Cognome intestatario		Nome intestatario
<input type="radio"/>	rimessa diretta	
(solo per importi inferiori a 1.000,00 €)		

Elenco degli allegati*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati)*

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Pezze giustificative relative alle spese sostenute per la fornitura di energia elettrica e riscaldamento nell'anno 2023; |
| <input type="checkbox"/> | Scontrini fiscali/ricevute relative alle spese sostenute per la fornitura di medicinali, ausili e protesi e servizi di assistenza professionale nell'anno 2023; |
| <input type="checkbox"/> | documento di identità
<i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i> |
| <input type="checkbox"/> | altri allegati (Certificazione ISEE in corso di Validità e delega alla firma redatta in carta semplice ai sensi del DPR 445/ 2000) |

Informativa sul trattamento dei dati personali*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica. |
|--------------------------|--|

Porto Torres		
Luogo	Data	Il dichiarante