***Al Responsabile del Servizio Socio-Culturale***

***del Comune di Padria***

**OGGETTO: DOMANDA DI ACCESSO AL PROGRAMMA *“MI PRENDO CURA”.* DGR**

**N. 10/28 DEL 16/03/2023 - LINEE D’INDIRIZZO ANNUALITÀ 2023/2025. Anno 2024**

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**nella sua qualità di:**

□ diretto/a interessato/a o □ legale rappresentante □ familiare di riferimento

di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso al beneficio economico riconosciuto dalla Regione Sardegna con DGR n° **10/28 DEL 16/03/2023** finalizzato al rimborso di forniture di medicinali, ausili e protesi **che non sono erogati** dal Servizio Sanitario Regionale nonché al rimborso delle spese sostenute per la fornitura di energia elettrica e di riscaldamento **che non trovino copertura tra le tradizionali misure a favore dei non abbienti.**

Chiede che il suddetto rimborso avvenga nel modo indicato:

□ accredito su conto corrente intestato a

COD. IBAN

□ con delega alla riscossione a favore di ,

nato a

 il , residente in

 Via

Codice Fiscale

su conto corrente intestato a

COD. IBAN

**Allega:**

* Copia della documentazione attestante le spese effettuate/pagate;
* Documento attestante l’Iban di c/c postale o bancario nel quale si desidera ricevere il rimborso;
* Copia documento di identità in corso di validità;
* Decreto di nomina di tutela o di amministratore di sostegno (nei casi previsti);
* Certificazione ISEE in corso di validità.
* Dichiarazione spese sostenute nell’anno 2024;

Luogo e data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_