**DICHIARAZIONE DI SPESE SOSTENUTE NELL’ANNO 2024**

**E RICHIESTA DI RIMBORSO**

**PROGRAMMA REGIONALE “MI PRENDO CURA”**

Il**/**La sottoscritto/a nato/a a - ( ) il / /

Codice Fiscale

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

Documento di identità in corso di validità numero rilasciato da residente/domiciliato in in via , recapito telefonico cellulare e-mail

In qualità di

* se medesimo
* coniuge
* figlio
* tutore legale
* amministratore di sostegno
* altro

del Sig./ra nato/a a - ( ) il / /

Codice Fiscale

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

Documento di identità in corso di validità numero rilasciato da residente/domiciliato in in via , recapito telefonico cellulare e-mail

Consapevole che, ai sensi dell’art. 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

Di aver sostenuto le spese relative alle pezze giustificative, **per il \_\_\_\_\_\_\_ semestre 2024**, allegate alla presente dichiarazione, per far fronte alle seguenti esigenze della persona beneficiaria del Progetto Ritornare a casa Plus:

1. **Pagamento fornitura energia elettrica** per un importo di €

non rimborsato da altra misura;

1. **Pagamento fornitura di riscaldamento (gas, gasolio, legnatico, pellet, altro)** per un importo di € non rimborsato da altra misura;
2. **Pagamento medicinali, ausili e / o protesi** per un importo di € non rimborsato da altra misura.

# N.B. le ricevute/scontrini e il presente modulo vanno inseriti in busta chiusa.

Allega:

* + Copia della documentazione attestante le spese effettuate/pagate;
  + Copia documento di identità in corso di validità;
  + Decreto di nomina di tutela o di amministratore di sostegno (nei casi previsti);

Padria lì

Firma del Dichiarante

# INFORMATIVA PRIVACY

Si informa che, ai sensi della normativa vigente, i dati personali volontariamente forniti, necessari per l’istruttoria della pratica, saranno trattati, anche facendo uso di strumenti informatici, al solo fine di consentire l’attività di valutazione e di erogazione dell’intervento, nel rispetto della vigente normativa (GDPR 679/2016).

Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Padria.

# DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi della normativa vigente (GDPR 679/2016), presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste per la Richiesta di attivazione del Programma Regionale “Mi prendo cura”.

Padria lì

Firma del dichiarante