

Alla Responsabile  
del Servizio Socio Culturale  
Comune di Pauli Arbarei

**OGGETTO: Richiesta di attivazione del programma regionale “Mi prendo cura” (L. R. 17/2021 e D.G.R. 48/46 del 2021) – Triennio 2021/2023- Misura complementare al Programma Regionale “Ritornare a Casa Plus”. Scadenza 14/10/2022.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(Cognome) (Nome)  
Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

In qualità di:

- ☐ destinatario del programma  
☐ amministratore di sostegno del beneficiario: \_\_\_\_\_  
☐ familiare di riferimento del beneficiario: \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445 e ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

che la persona destinataria del programma “Mi prendo cura” ha sostenuto, nell’anno \_\_\_\_\_, durante il periodo in cui il progetto personalizzato “Ritornare a casa PLUS” era attivo, le seguenti spese (delle quali allega copia delle pezze giustificative):

1. **Pagamento fornitura energia elettrica** per un importo di € \_\_\_\_\_, di cui € \_\_\_\_\_ rimborsato da altra misura;
2. **Pagamento fornitura di riscaldamento (gas, gasolio, legnatico, altro)** per un importo di € \_\_\_\_\_, di cui € \_\_\_\_\_ rimborsato da altra misura;
3. **Pagamento medicinali, ausili e / o protesi** per un importo di € \_\_\_\_\_, di cui € \_\_\_\_\_ rimborsato da altra misura.

Allega:

- Copia ricevute attestati il pagamento delle spese effettuate;
- Copia documento di identità in corso di validità.

Pauli Arbarei, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del dichiarante