

**COMUNE DI SASSARI****Settore Diritti Sociali, Inclusione e Pari Opportunità****DOMANDA DI ACCESSO AL PROGRAMMA REGIONALE "MI PRENDO CURA"****(D.G.R. n.67/24 del 23/12/2025)**

Il/La sottoscritt_ _____ nat_ a _____
il _____ C.F. _____ residente a _____
in via _____ n° _____ domiciliat_ a (indicare solo se diverso da
residenza) _____ in via _____ n° _____
tel. _____ e-mail _____

in qualità di:☐ beneficiari_ della misura;**o in qualità di:**☐ familiare di riferimento☐ rappresentante legale

del__ beneficiari__ della misura Sig _____
nat_ a _____ il _____ C.F. _____ residente
a _____ in via _____ n° _____
domiciliat_ a (indicare solo se diverso da residenza) _____
in via _____ n° _____

consapevole delle sanzioni penali derivanti da dichiarazioni non veritiere, di formazione e di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. N° 445 del 28 Dicembre 2000 e della conseguente decadenza dei benefici di cui all'art. 75 commi 1 e 2 del medesimo D.P.R.

CHIEDE

l'ammissione al programma regionale "Mi prendo cura":

☐ in quanto già beneficiario del programma Ritornare a casa Plus nell'annualità 202_, per il rimborso delle seguenti spese:

- acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona, ad integrazione di quelli già previsti nel progetto personalizzato "Ritornare a casa plus";
- acquisizione di medicinali, integratori, ausili e protesi, a seguito di prescrizione medica, che non siano forniti in tutto o in parte dal servizio sanitario regionale e non siano coperti da altri contributi pubblici o detrazione fiscale;
- fornitura di energia elettrica e di riscaldamento i cui oneri non trovino copertura tra le tradizionali misure a favore dei non abbienti;



COMUNE DI SASSARI
Settore Diritti Sociali, Inclusione e Pari Opportunità

☐ in quanto beneficiario del programma "Ritornare a casa plus - livello assistenziale dimissioni protette" nell'annualità 202_ per il rimborso unicamente delle seguenti spese:

- acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona, ad integrazione di quelli già previsti nel progetto personalizzato "Ritornare a casa plus - livello assistenziale dimissioni protette".

☐ in quanto richiedente l'accesso al Programma Ritornare a casa Plus e in attesa da oltre 30 giorni per la sua attivazione, per il rimborso unicamente delle seguenti spese:

- l'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona.

Dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali di cui all'art. 13 del Reg.UE 679/2016 e di averne recepito i contenuti

Allega i seguenti documenti:

- ☐ documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario se diverso dal richiedente
- ☐ copia del decreto di nomina del rappresentante legale, se non già in possesso del servizio
- ☐ altro _____

_____ lì _____
(luogo) (data)

(firma)