

**RICHIESTA ATTIVAZIONE PROGRAMMA REGIONALE “MI PRENDO CURA”
BIENNIO 2024-2025**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il ____/____/____,
residente a _____ in via _____,
Codice Fiscale _____
recapito telefonico _____ e-mail _____

In qualità di:

- se medesimo
- coniuge
- figlio
- tutore legale
- amministratore di sostegno
- altro _____

del Sig./ra _____
nato/a a _____ (____) il ____/____/____,
residente a _____ in via _____,
Codice Fiscale _____

Richiedente/Beneficiario del programma Ritornare a Casa PLUS dal _____

CHIEDE

Che il/la Signor/a _____

venga ammesso/a al programma “MI PRENDO CURA” per il biennio 2024/2025

DICHIARA

- ai sensi di quanto previsto dagli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi e della decadenza dal beneficio ottenuto sulla base di dichiarazioni non veritiere prevista dall'articolo 75 del citato D.P.R.,
- di aver acquisito tutte le informazioni relative all'attivazione di predetto intervento e di essere consapevole che l'eventuale rimborso delle spese per l'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona può essere concesso solo a favore di coloro che, avendo presentato domanda di attivazione di un nuovo progetto “Ritornare a casa Plus”, formalmente acquisita dall'ambito di riferimento e con esito positivo da parte dell'UVT, siano in attesa da oltre trenta giorni per la sua attivazione.

- di aver preso visione dell'informativa privacy pubblicata sul sito www.comune.sestu.ca.it

Allega:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Decreto di nomina di tutela o di amministratore di sostegno (nei casi previsti)

_____, li _____

Firma del Dichiarante
