

PROGRAMMA REGIONALE "MI PRENDO CURA" – ANNUALITÀ 2026
MODULO DI CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE

__l__ sottoscritt_____ nat__ a _____

il ____/____/____ C.F. _____

Residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

Telefono _____ e mail: _____

nella sua qualità di:

☐ diretto interessato ☐ legale rappresentante ☐ familiare di riferimento

Del/la sig./ra _____

nato a _____ il _____ residente a _____ i

n Via _____ n. ____ C.F. _____

Telefono _____ e mail: _____

DICHIARA:

☐ che la persona interessata è beneficiaria del programma “Ritornare a casa Plus;

☐ che il beneficiario è affetto da SLA o sclerosi;

☐ che l'importo delle spese sostenute è pari ad €. _____;

☐ che le spese sostenute e presentate non sono coperte dal SSN e da altre misure a favore dei non abbienti;

☐ che le spese mediche/assistenziali non sono state (o non saranno) oggetto della detrazione fiscale del 19% in sede di dichiarazione dei redditi;

☐ che le spese mediche/assistenziali sono state (o saranno) oggetto della detrazione fiscale del 19% in sede di dichiarazione dei redditi per un importo complessivo pari ad € _____;

☐ di essere a conoscenza che la domanda incompleta, priva di firme o della documentazione richiesta comporterà la sospensione della stessa sino alla sua regolarizzazione;

☐ di essere a conoscenza che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, sono puniti dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia (artt. 75 e 76 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa DPR 445/2000);

☐ di aver preso visione dell'informativa privacy riportata in allegato al bando, ai sensi del regolamento generale sulla protezione dei dati (UE) n. 2016/679 (GDPR).

SEMESTRE DI RIFERIMENTO

☐ Primo semestre (01/01/2026 - 30/06/2026)

☐ Secondo semestre (01/07/2026 - 31/12/2026)

MODALITÀ DI PAGAMENTO

IBAN: _____

Intestatario/i del conto: _____

☐ Conto intestato al beneficiario

☐ Conto cointestato al beneficiario

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

☐ Copia documento di identità del beneficiario

☐ Copia documento di identità del richiedente (se diverso dal beneficiario)

☐ Attestazione ISEE in corso di validità

☐ Pezze giustificative di spesa

☐ Prescrizioni mediche (ove previste)

☐ Allegato A - "Elenco della documentazione di spesa", debitamente compilato e sottoscritto

☐ Altra documentazione: _____

N.B. Il presente modulo deve essere trasmesso unitamente all'Allegato A "Elenco della documentazione di spesa", debitamente compilato e sottoscritto, nonché alla restante documentazione richiesta dall'Avviso pubblico. Qualora gli spazi dell'Allegato A non fossero sufficienti, è possibile utilizzare ulteriori copie dello stesso.

DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a dichiara che la documentazione presentata è veritiera, si riferisce a spese ammissibili del Programma Regionale 'Mi Prendo Cura' e che l'IBAN indicato è intestato o cointestato al beneficiario.

Data _____

Firma _____

INFORMAZIONE E ACCESSO AI DATI PERSONALI

Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali, strumentali o connesse al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici o, in parte, manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.

Il/ La sottoscritto/a _____
esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

La Maddalena, li Firma per accettazione _____

Il dichiarante _____