

Oggetto: Domanda di accesso al programma regionale “Mi prendo cura” ANNO 2024

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ a
_____ il _____ Codice Fiscale _____
Residente a Tonara in via _____, n. _____
recapito telefonico _____ cellulare _____
e-mail _____

In qualità di:

- se medesimo (beneficiario nell'anno 2024)
- coniuge
- figlio
- tutore legale
- amministratore di sostegno
- altro

Del/la Sig./ra _____ nato/a a _____ (____)
il _____, Codice Fiscale _____ residente a
_____, in Via _____ n. _____,
Telefono _____, cellulare _____
mail _____

beneficiario del Programma “Ritornare a Casa PLUS”

CHIEDE

Di essere ammesso al beneficio economico “Mi prendo cura” finalizzato al rimborso di medicinali, ausili e protesi che non sono forniti dal Servizio Sanitario Regionale e al rimborso della fornitura di energia elettrica e di riscaldamento che non trovano copertura in altre misure.

A TAL FINE

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

A) Di aver sostenuto le spese relative alle pezze giustificative, **per il 2024**, allegare alla presente dichiarazione per far fronte alle esigenze della persona beneficiaria del Progetto Ritornare a casa Plus:

1. **Pagamento fornitura energia elettrica** per un importo di €. _____ di cui €. _____ rimborsato da altra misura;
2. **Pagamento fornitura di riscaldamento (gas, gasolio, legnatico, pellet, altro)** per un importo di € _____ di cui € _____ rimborsato da altra misura;
3. **Pagamento medicinali, ausili e / o protesi ecc.** per un importo di € _____ di cui € _____ rimborsato da altra misura.
4. **Pagamento di servizi professionali resi da terzi** per un importo di € _____ di cui € _____ rimborsato da altra misura.

B) Che tali spese non sono coperte dal SSN e da altre misure a favore dei non abbienti;

C) Di aver presentato regolare domanda per il progetto individualizzato Ritornare a casa il _____

Chiede che il suddetto contributo avvenga mediante accredito su conto corrente intestato/cointestato al beneficiario del progetto, presso la banca _____ di cui si allega documento dal quale risulta il corrispondente IBAN.

Allega:

- Attestati di pagamento delle spese effettuate, fatture, scontrini fiscali, ricevute relative a fornitura di medicinali, ausili e protesi relativi all'anno 2024;
- Copia documento di identità in corso di validità del richiedente (Tutore, amministratore di sostegno, Genitore, Figlio ecc.) e del beneficiario;
- Decreto di nomina di tutela o di amministratore di sostegno (eventuale);
- Documento dal quale risulti l'IBAN intestato o cointestato con il beneficiario.
- ISEE in corso di validità;

Tonara lì _____

Firma del
Dichiarante

Informativa effettuata ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 (RGDP)

Il Comune di Tonara, con sede in Tonara, Viale della Regione n.12 pec: protocollo@comunetonara.it, tel: 078463246, nella sua qualità di Titolare del trattamento dei dati, tratterà i dati personali conferiti con la presente modulistica, sia su supporto cartaceo sia con modalità informatiche e telematiche, esclusivamente al fine di espletare le attività di erogazione dei servizi richiesti, nell'esecuzione dei compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei pubblici poteri propri dell'Ente, nel rispetto dei principi di cui al Regolamento UE 2016/679.

La informiamo che il trattamento dei Suoi dati personali avverrà secondo modalità idonee a garantire sicurezza e riservatezza e sarà effettuato utilizzando supporti cartacei, informatici e/otelematici per lo svolgimento delle attività dell'Amministrazione.

Il trattamento dei dati è improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza e, in conformità al principio di cd "minimizzazione dei dati", i dati richiesti sono adeguati, pertinenti e limitati rispetto alle finalità per le quali sono trattati.

In particolare, i dati sono raccolti e registrati unicamente per gli scopi sopraindicati e saranno tutelate la Sua dignità e la Sua riservatezza.

Il conferimento dei dati di cui alla presente modulistica è obbligatorio ed il loro mancato inserimento comporterà l'applicazione delle disposizioni sanzionatorie espressamente previste dalla vigente normativa.

I dati raccolti con la presente domanda potranno essere comunicati, se previsto da norma di legge o di regolamento, ad altri soggetti pubblici espressamente individuati e/o diffusi, laddove obbligatorio, a seguito di pubblicazione all'Albo Pretorio On line (ai sensi dell'art. 32, L. 69/2009) ovvero nella Sezione del sito istituzionale dell'Ente denominata "Amministrazione Trasparente" (ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii).

I dati conferiti, saranno trattati dall'Amministrazione per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata e conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale, da collaboratori dell'Ente ovvero da soggetti esterni espressamente nominati come Responsabili del trattamento dal Titolare.

Al di fuori delle ipotesi sopra richiamate, i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento, ai sensi degli artt. 15 e ss. RGDP.

..... (Firma per esteso)