

OGGETTO: Domanda di Accesso al Programma "Mi prendo cura" Programma regionale "Mi prendo cura". Linee di indirizzo annualità 2026-2027. Annualità 2026.

I sottoscritt _____ nat _____
a _____ il _____
C.F. _____
residente a _____ in
via/piazza _____ n. _____
Telefono _____ e mail _____

In qualità di:

- ☐ destinatario del programma;
- ☐ amministratore di sostegno/tutore/curatore;
- ☐ familiare di riferimento _____;
- ☐ altro (specificare) _____;

del/della Sig./ra _____ nato/a a
_____ il _____ C.F. _____
residente a _____ in via/piazza _____ 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 del medesimo D.P.R.

CHIEDE

l'ammissione al Programma Regionale "Mi Prendo Cura" per l'annualità 2026:

- ☐ in quanto già beneficiario del programma Ritornare a casa Plus nell'annualità 2026;
- ☐ in quanto richiedente l'accesso al Programma Ritornare a casa Plus e in attesa da oltre 30 giorni per la sua attivazione (unico rimborso concedibile: acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona).

Chiede, altresì, che il suddetto rimborso avvenga nel modo indicato:

☐ PAGAMENTO SU CONTO CORRENTE POSTALE/BANCARIO INTESTATO A

IBAN: _____
(ALLEGARE COPIA CODICE IBAN)

Allegati:

- copia del documento di identità del richiedente;
- modulo informativa sul trattamento dei dati personali, sottoscritto dal richiedente;
- pezze giustificative delle spese sostenute alla data di presentazione della domanda, da integrare entro e non oltre il 22 FEBBRAIO 2027.

Tonara, _____ Il Dichiarante _____