

Oggetto: L.R. 17/2021 e D.G.R. 67/24 DEL 23.12.2025 - Programma regionale "Mi prendo cura" – Livello Assistenziale Dimissioni Protette del progetto "Ritornare a Casa Plus". Richiesta rimborso spese sostenute nell'anno 2026– primo semestre

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ residente a _____
in Via/Piazza _____ n. _____ Codice fiscale _____
Telefono/Cellulare _____ e- mail _____

in qualità di beneficiario/a di un progetto "Ritornare a casa PLUS" - Livello Assistenziale Dimissioni Protette

oppure, in qualità di familiare di riferimento _____ (indicare grado di parentela)
 tutore/amministratore di sostegno

del/della sig./ra _____
nato/a _____ il _____
residente ad Olmedo in Via/Piazza _____ n. _____
Codice fiscale _____

beneficiario/a di un progetto personalizzato "Ritornare a casa PLUS" - Livello Assistenziale Dimissioni Protette,

il quale ha già presentato richiesta di ammissione al programma regionale "Mi prendo cura" per il 2026/2027; consapevole che in caso di false dichiarazioni, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, l'Amministrazione erogante potrà effettuare controlli su quanto dichiarato ai sensi dell'art. 71 del sopraccitato decreto e provvederà alla revoca del beneficio eventualmente concesso sulla base della dichiarazione come previsto dall'art. 75 del suddetto D.P.R. 445/2000

DICHIARA

Di aver sostenuto le spese relative alle pezze giustificative, per l'annualità 2026, allegate alla presente dichiarazione finalizzate all'assistenza alla persona beneficiaria del Progetto Ritornare a casa Plus – dimissioni protette;

Allega:

- Copia delle attestazioni di pagamento delle spese sostenute (busta paga o fattura);
- Fotocopia del documento d'identità e tessera sanitaria del dichiarante e del beneficiario (se diversi).

Luogo e data, _____

Firma del dichiarante
