

**Oggetto: L.R. 17/2021 e D.G.R. 67/24 DEL 23.12.2025 - Programma regionale "Mi prendo cura" –  
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" in essere  
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" in essere.

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

che le spese sostenute dal/per il beneficiario del programma regionale "Mi prendo cura" nel primo semestre dell'anno 2026 - durante il periodo in cui il progetto personalizzato "Ritornare a casa PLUS" era attivo – sono le seguenti (allegare copia delle pezze giustificative):

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** per un importo di € \_\_\_\_\_, di cui € \_\_\_\_\_ rimborsato da altra misura.

### Allega:

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

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_