



COMUNE DI ONANI'

Provincia di Nuoro

Al Servizio Sociale
Comune di Onani

OGGETTO: Richiesta di accesso al **"MI PRENDO CURA" - Misura complementare al programma Ritornare a Casa Plus, ai sensi della LEGGE REGIONALE 22 Novembre 2021 N. 17, ART. 6.**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ in via/piazza _____ n. _____
C.F. _____ telefono _____
email _____

CHIEDE

- ☐ Per se;
- ☐ Per _____ (indicare il rapporto di parentela)
_____ nato/a a _____ il _____ residente a _____
in via/piazza _____ n. _____
C.F. _____ telefono _____;

Di poter beneficiare del finanziamento MI PRENDO CURA - Misura complementare al programma Ritornare a Casa Plus.

DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole che in caso di false dichiarazioni, di formazione o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, l'Amministrazione erogante provvederà alla revoca del beneficio eventualmente concesso sulla base della dichiarazione come previsto dall'art. 75 del suddetto D.P.R. 445/2000,

- ☐ Di essere attualmente beneficiario del Progetto "Ritornare a Casa Plus" attivo nell'anno 2025;
- ☐ Di aver speso per l'anno 2025 € _____ per avere gli interventi assistenziali necessari;
- ☐ Di aver sostenuto nel corso del 2025 le spese documentate in allegato correlate all'acquisto di medicinali, protesi, ausili, presidi (non forniti dal servizio sanitario regionale), energia elettrica e/o riscaldamento (che non trovano copertura tra le tradizionali misure di sgravio e rimborso, statali e regionali);
- ☐ Di impegnarsi a comunicare tempestivamente, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Via Roma n. 26

Tel. 0784 410023/ Fax 0784 410101

E-mail servizisociali@comune.onani.nu.it

P.E.C.: servizisociali@pec.comune.onani.nu.it



COMUNE DI ONANI'

Provincia di Nuoro

presente modulo.

Allega:

- ☐ Rendicontazione spese sostenute nel 2025 correlate all'acquisto di servizi e assistenza alla persona, medicinali, protesi, ausili, presidi, energia elettrica e/o riscaldamento.
- ☐ Copia del documento di identità del richiedente in corso di validità;
- ☐ Isee in corso di validità;
- ☐ Iban su cui effettuare l'accredito

Luogo e data, _____

Firma _____

MANIFESTAZIONE DI CONSENSO ESPPLICITO

Il/la sottoscritto/a _____ C.F.: _____ dichiara di aver preso visione dell'informativa ex art 13 del Regolamento (UE) 2016/679 e autorizza al trattamento dei dati personali, forniti nell'ambito dell'istanza per la predisposizione di un progetto Ritornare a Casa PLUS, per le finalità di cui all'informativa riportata, e dichiara di essere informato, ai sensi dell'art.13 del citato decreto che tali dati saranno raccolti e trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

AUTORIZZA LA RACCOLTA E L'UTILIZZO DEI PROPRI DATI PERSONALI, SENSIBILI E PARTICOLARI
per le finalità di cui all'informativa sopra riportata.

Onani, _____

Firma leggibile

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Via Roma n. 26

Tel. 0784 410023/ Fax 0784 410101

E-mail servizisociali@comune.onani.nu.it

P.E.C.: servizisociali@pec.comune.onani.nu.it