

RICHIESTA ATTIVAZIONE PROGRAMMA REGIONALE "MI PRENDO CURA"

Anno 2023

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____) il
____/____/____ Codice Fiscale _____ Residente a _____ Nurachi (Or)in via
_____, n. ____
recapito telefonico _____ e-mail _____

In qualità di

- ☐ Beneficiario di un Progetto "Ritornare a casa Plus – anno 2023"
- ☐ coniuge
- ☐ figlio
- ☐ tutore legale
- ☐ amministratore di sostegno
- ☐ altro _____

del

Sig./Sig.ra _____, beneficiario di un Progetto "Ritornare a
casa Plus – anno 2023", nato/a a _____ - (____)
il ____/____/____ Codice Fiscale _____ Residente a _____ (Or)
in via _____, n. ____
recapito telefonico _____ e-mail _____

CHIEDE

Di essere ammesso al beneficio economico riconosciuto dalla Regione Sardegna con DGR n. 10/28 DEL 16/03/2023
"Mi prendo cura annualità 2023" finalizzato al rimborso per:

- ☐ Primo semestre 2023 (Gennaio/Giugno); - scadenza presentazione domanda 21 Agosto 2023.
- ☐ Secondo semestre 2023 (Luglio/Dicembre); - scadenza presentazione domanda 24 Gennaio 2024.
- ☐ Acquisizione di medicinali, ausili e protesi che non siano soddisfatti dal Servizio sanitario regionale e di forniture di energia elettrica e di riscaldamento che non trovino copertura tra le tradizionali misure a favore dei non abbienti;
- ☐ Acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona nelle more dell'attivazione del programma regionale "Ritornare a casa plus".

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

☐ **Pagamento fornitura energia elettrica** per un importo di € _____ di cui _____ rimborsato da altra misura;

☐ **Pagamento fornitura di riscaldamento (gas, gasolio, legnatico, pellet, altro)** per un importo di _____ di cui € _____ rimborsato da altra misura;

☐ **Pagamento medicinali, ausili e / o protesi** per un importo di € _____ (*si allega copia della prescrizione medica*);

☐ **Pagamento di servizi professionali di assistenza alla persona** nelle more dell'attivazione del programma regionale "Ritornare a casa plus".

Che il rimborso del contributo spettante sia effettuato tramite accredito:

- [illegible]

- Codice Fiscale

- *Copia documento di identità del beneficiario, in corso di validità;*
- *Copia del codice fiscale o della tessera sanitaria del beneficiario;*
- *Copia del documento di identità e del codice fiscale / tessera sanitaria del richiedente se diverso dal beneficiario;*
- *Copia attestati di pagamento delle spese effettuate, riferiti a:*
 - ☐ *Utenza elettrica / riscaldamento che non trovano copertura tra le tradizionali misure a favore dei non abbienti;*
 - ☐ *Medicinali, ausili e protesi non dispensati dal servizio sanitario regionale e copia della relativa prescrizione;*
- *Decreto di nomina tutore, curatore o di amministratore di sostegno (eventuale).*
- *dichiarazione sostitutiva di certificazioni e di atto notorio resa ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, attestante che tali spese non siano coperte dal Servizio Sanitario Regionale e da altre misure a favore dei non abbienti;*

, li

Firma richiedente

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO NOTORIO RESA

AI SENSI DEGLI ARTICOLI 46 E 47 DEL D.P.R. 28.12.2000 N. 445.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____) il
____/____/____ Codice Fiscale _____ Residente a _____ (Or) in via
_____, n. ____
recapito telefonico _____ e-mail _____

In qualità di

- ☐ Beneficiario di un Progetto "Ritornare a casa Plus – anno 2023"
- ☐ coniuge
- ☐ figlio
- ☐ tutore legale
- ☐ amministratore di sostegno
- ☐ altro _____

del

Sig./Sig.ra _____, beneficiario di un Progetto "Ritornare a
casa Plus – anno 2023", nato/a a _____ - (____)
il ____/____/____ Codice Fiscale _____ Residente a _____ (Or)
in via _____, n. ____
recapito telefonico _____ e-mail _____

DICHIARA

Che le spese sostenute e documentate, **per l'annualità 2023**, allegate alla presente dichiarazione per far fronte alle seguenti esigenze:

NON SONO COPERTE DAL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE O DA ALTRE MISURE A FAVORE DEI NON ABBIENTI.

Nurachi li _____

Firma

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

Comune di Nurachi, con sede in piazza Chiesa, n. 12 – 09070 Nurachi (OR) - Tel: 0783412085 - E-mail:

info@comune.nurachi.or.it PEC: comunedinurachi@pec.it, 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/o telematici 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 facoltativo, ma un eventuale rifiuto di fornirli comporterà l'impossibilità per l'Amministrazione di utilizzare i dati per le finalità indicate, con la conseguenza che non sarà possibile l'erogazione dei servizi richiesti.

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).

Gli stessi dati potranno formare oggetto di istanza di accesso documentale ai sensi e nei limiti di cui agli artt. 22 e ss. L. 241/90, ovvero potranno formare oggetto di richiesta di accesso civico "generalizzato", ai sensi dall'art. 5, comma 2, e dall'art. 5 bis, D. Lgs. 33/2013.

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.

Apposita istanza è presentata al Responsabile della Protezione dei dati dell'Ente (ex art. 38, paragrafo 4, RGDP), individuato nella **nella Qualifica Group s.r.l., con sede in Via di Vermicino n.186 - 00133 Roma, telefono: 800.131.738** - email: gdpr@gruppoqualifica.it - PEC: qualificagroup@pec.it.

Dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni di cui all'art. 13 RGDP in relazione ai dati contenuti nell'allegata modulistica.

L'interessato al trattamento dei dati

_____ (Firma per esteso)