

DICHIARAZIONE PERSONALE

__/__/__ sottoscritt__ nat__ a __

il __/__/__ C.F. __

Residente a __ Via/Piazza __ n. __

Telefono __ e mail: __

nella sua qualità di:

☐ diretto interessato ☐ legale rappresentante ☐ familiare di riferimento

Del/la Beneficiario/a del “Ritornare a casa PLUS”:

Signor/ra __

nato a __ il __ residente a __

in Via __ n. __ C.F. __

Telefono __ e mail: __

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

DICHIARA

Che le spese, documentate, per le quali si chiede il rimborso ai sensi del programma “Mi prendo Cura” annualità 2026 non sono state sostenute con interventi da parte del Servizio Sanitario Nazionale e /o da parte di altre misure a favore dei non abbienti.

Serramanna li __

Firma del dichiarante
