

DOMANDA DI ACCESSO AL PROGRAMMA REGIONALE “MI PRENDO CURA” (DGR. N. 67/24 del 23/12/2025). Anno 2026.

SCADENZA: 31.07.2026

__I__ sottoscritt_____ nato/a _____
il ____/____/____ C.F. _____
Residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____
Telefono _____ e mail: _____

nella sua qualità di:

☐ diretto/a interessato/a ☐ Amministratore di Sostegno/Tutore ☐ familiare di riferimento

di _____

nato/a a _____ il ____/____/____ residente a _____

in Via _____ n. _____ C.F. _____

Telefono _____ e mail: _____

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'usodi 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;

CHIEDE

di essere ammesso al beneficio economico riconosciuto dalla Regione Sardegna “Mi prendo cura” finalizzato al rimborso di:

☐ spese sostenute per **forniture di medicinali, ausili e protesi** che non sono forniti dal Servizio Sanitario Regionale

☐ spese sostenute per la **fornitura di energia elettrica e di riscaldamento** che non trovano copertura tra le tradizionali misure di sostegno.

☐ spese sostenute per **servizi professionali di assistenza alla persona, avendo presentato domanda di attivazione di un progetto “Ritornare a casa Plus”,** formalmente acquisita dall'ambito di riferimento, in attesa da oltre 30 giorni per la sua attivazione.

- ☐ Che la persona interessata è beneficiaria del Programma Regionale “Ritornare a casa PLUS”, dal ____/____/____ ;
oppure
- ☐ Che ha presentato in data ____/____/____ domanda di attivazione di un nuovo progetto "Ritornare a casa Plus" formalmente acquisita dall'Ambito Plus di riferimento, ed è in attesa dell'esito da oltre trenta giorni;
- ☐ Che la persona interessata ha un'attestazione Isee sociosanitario anno 2026 pari a €_____;

DICHIARA

di aver sostenuto le spese indicate nella tabella sottostante, **nell'anno 2026**, di cui **si allegano i giustificativi di spesa**, per far fronte alle seguenti esigenze della persona beneficiaria del Progetto Ritornare a casa Plus:

	DESCRIZIONE	COSTI
MEDICINALI		
AUSILI		
PROTESI		
ENERGIA ELETTRICA		
RISCALDAMENTO (GAS, PELLETT, LEGNA ETC)		
SERVIZI PROFESSIONALI DI ASSISTENZA ALLA PERSONA		

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 con altre misure di sostegno.

Chiede che il suddetto rimborso avvenga come di seguito riportato:

☐ accredito su conto corrente intestato a _____
COD. IBAN _____
☐ con delega alla riscossione a favore di _____, nato a _____ il _____, residente in _____
Via _____
Codice Fiscale _____
su conto corrente intestato a _____

Documentazione da allegare:

- Fotocopia documento di riconoscimento del richiedente e del beneficiario in corso di validità;
- eventuale Decreto di nomina di tutela, curatela o amministrazione di sostegno nei casi previsti;
- Scontrini fiscali / ricevute relative a fornitura di medicinali, ausili e protesi relativi all'anno di riferimento.
- Ricevute relative alla fornitura di energie elettrica e riscaldamento relative all'anno di riferimento.
- Scelta modalità di pagamento
- documento delle Poste o della Banca attestante l'IBAN sul quale effettuare il rimborso
- ISEE in corso di validità (con riferimento all'annualità per la quale viene richiesto il rimborso)
- Informativa sul trattamento dei dati

Luogo e Data _____

Firma

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

Il Comune di GONNOSCODINA, con sede in Gonnoscodina, Via Municipio n. 12, email: protocollo@comune.gonnoscodina.or.it, pec: protocollo@pec.comune.gonnoscodina.or.it, tel: 078392000, nella sua qualità di **Titolare del trattamento dei dati**, tratterà i dati personali conferiti con la presente modulistica e lettera di invito, 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'affidamento del servizio di che trattasi.

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 può essere presentata al **Responsabile della Protezione dei dati (RPD/DPO)** dell'Ente (ex art. 37, paragrafo 4, RGDP):

Baroli Mario

Sede legale: Via San Saturnino n. 36 - 09170 Oristano Sede operativa: Via Nora n. 17 – 09026 San Sperate (SU)

Telefono: 348 5972663

E-Mail: dpo@comune.gonnoscodina.oristano.it

PEC: sardat@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 e leggibile)