

**TABELLA DELLE SPESE RIMBORSABILI DAL
PROGRAMMA REGIONALE “MI PRENDO CURA”**

TIPOLOGIA DI SPESA	TOTALE IMPORTO	NON COPERTO DA ALTRE MISURE DI SOSTEGNO
Fornitura di energia elettrica	€ _____	€ _____
Fornitura di riscaldamento <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Gasolio <input type="checkbox"/> Pellet <input type="checkbox"/> Legna <input type="checkbox"/> Altro	€ _____	€ _____
Medicinali	€ _____	€ _____
Protesi	€ _____	€ _____
Ausili o altre attrezzature	€ _____	€ _____
Servizi professionali di assistenza alla persona <i>(solo ipotesi B)</i>	€ _____	€ _____
TOTALE	€ _____	€ _____

La presente tabella costituisce parte integrante della domanda di erogazione del contributo di cui al