



Al Comune di Alghero
Settore III - Politiche Sociali
Largo San Francesco "Lo Quarter"
07041 Alghero(SS)

**RICHIESTA DI EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO "MI PRENDO CURA"
IMPLEMENTAZIONE DEL PROGETTO "RITORNARE A CASA PLUS" "
LIVELLO ASSISTENZIALE DIMISSIONI PROTETTE**

Annualità 2026

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ - (_____) il ____/____/____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice Fiscale

residente/domiciliato in _____ in via _____, _____

recapito telefonico _____ cellulare _____

e-mail _____

In qualità di

- se medesimo
- coniuge
- figlio
- tutore legale
- amministratore di sostegno
- altro _____

del Sig./ra _____

nato/a a _____ - (_____) il ____/____/____

Codice Fiscale

residente/domiciliato in _____ in via _____, _____

recapito telefonico _____ e-mail _____

PROTETTE – 2026

CHIEDE

Di essere ammesso al beneficio economico **“Mi prendo cura”** finalizzato esclusivamente all’acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona, ad integrazione di quelli già previsti nel piano personalizzato **“Ritornare a casa plus”** livello assistenziale dimissioni protette per l’annualità 2026

ATAL 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

- Di aver sostenuto le spese relative alle pezze giustificative, **per l'annualità 2026**, allegate alla presente dichiarazione finalizzate all'assistenza alla persona beneficiaria del Progetto Ritornare a casa Plus – dimissioni protette;
 - Di voler ricevere il contributo economico nel modo indicato:

Accredito su conto corrente intestato al beneficiario

CODICE IBAN :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

OPPURE

con delega alla riscossione a favore di

nato

a _____ il _____ / _____ / _____ residente a

in

via _____

CODICE IBAN :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

Allega:

- Attestati di pagamento delle spese effettuate;
- Copia documento di identità in corso di validità del beneficiario e dell'eventuale delegato;
- Decreto di nomina di tutela o di amministratore di sostegno (nei casi previsti)

Alghero, lì_____

Firma del Dichiarante

INFORMATIVA PRIVACY

Si informa che, ai sensi della normativa vigente, i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, saranno trattati, anche facendo uso di strumenti informatici, al solo fine di consentire l'attività di valutazione e di erogazione dell'intervento, nel rispetto della vigente normativa (GDPR 679/2016).

Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Alghero.

DICHIARAZIONE DI CONSENTO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi della normativa vigente (GDPR 679/2016), presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste per la Richiesta di attivazione del Programma Regionale “Mi prendo cura” – livello assistenziale dimissioni protette.

Alghero, lì_____

Firma del dichiarante
