

COMUNE DI SIAMAGGIORE

(Provincia di Oristano)

protocollo@comune.siamaggiore.or.it

Tel. 0783-34411 Fax 0783-3441220

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

PROGRAMMA REGIONALE "MI PRENDO CURA" DI CUI ALLA D.G.R. 10/28 DEL 16.03.2023 ANNO 2024

DICHIARAZIONE SPESE SOSTENUTE

II/La sottoscritto/a		_ nato/a a	
(Prov) il//	C.F		residente a
(Prov	_) in Via		_ n telefono
cellulare	e-mail		
In qualità di			
 □ beneficiario □ coniuge □ figlio □ tutore legale □ amministratore di sostegno □ altro 			
del Sig./ra	nato/a a		(Prov) il
/ C.F		_ residente a	
(Prov) in Via	n	telefono	
cellulare	e-mail		
Consapevole che, ai sensi dell'art. negli atti e l'uso di atti falsi sono pu consapevole di quanto disposto da decadenza;	uniti ai sensi del codio	ce penale e delle le	eggi speciali vigenti e
in riferimento alla RICHIESTA AG	CCESSO AL PROG	RAMMA REGION	NALE <i>"MI PREND</i> O
CURA" DI CUI ALLA D.G.R.	n° 10/28 DEL	16.03.2023 ANN	O 2024, prot. n°
del			

DICHIARA

	Di aver sostenuto nel (barrare la voce che interessa con una X)			
	□ Nel 1° semestre dell'annualità 2024			
	□ Nel 2° semestre dell'annualità 2024			
le :	spese sotto indicate per far fronte alle esigenze della persona beneficiaria del Progetto Ritornare			
a c	asa Plus anno 2024:			
Pa	gamento fornitura energia elettrica per un importo di €			
	;			
	gamento fornitura di riscaldamento (gas, gasolio, legnatico, pellet, altro) per un importo di € ;			
	gamento medicinali, ausili e / o protesi per un importo di € di cu			
	rimborsato da altra misura (Specificare).			
Cŀ	misure concesse da disposizioni nazionali, regionali o comunali previste per le stesse finalità.			
ΙB	AN:			
Г				
ΔII	ega:			
	- g			
	Ricevute attestanti il pagamento delle spese per le quali si chiede il rimborso; Documento delle Poste o della Banca attestante l'IBAN sul quale effettuare il rimborso.			
Lu	ogo e data			
	Firma del Dichiarante			