

**PROGRAMMA REGIONALE "MI PRENDO CURA"  
BIENNIO 2024-2025  
DOMANDA DI RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE NELL'ANNO 2024**

**Da presentare entro il 19/02/2025**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente/domiciliato in \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

In qualità di:

- diretto interessato
- coniuge
- figlio
- tutore legale
- amministratore di sostegno
- altro \_\_\_\_\_

del Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Codice

Fiscale \_\_\_\_\_

residente/domiciliato in \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali derivanti da dichiarazioni non veritiere, di formazione e di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R N° 445 del 28 Dicembre 2000 e della conseguente decadenza dei benefici di cui all'art. 75 del medesimo D.P.R.

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità che:

**le spese sostenute nell'anno 2024 non supportate da Sistema sanitario regionale o non coperte dalle tradizionali misure per i non abbienti sono le seguenti:**

Tipologia	Importo	Periodo
<b>Fornitura energia elettrica</b>		
<b>Riscaldamento<sup>1)</sup></b>		
<b>Medicinali</b>		
<b>Ausili</b>		
<b>Protesi</b>		
<b>Totale spese</b>		

### DICHIARA ALTRESÌ

che le spese mediche non sono state (o non saranno) oggetto della detrazione fiscale del 19% in sede di dichiarazione dei redditi;

che le spese mediche sono state (o saranno) oggetto della detrazione fiscale del 19% in sede di dichiarazione dei redditi per un importo complessivo pari ad € \_\_\_\_\_<sup>2)</sup>

#### Allega:

- fatture /ricevute fiscali e relative a fornitura di energia elettrica e spese per il riscaldamento intestate al beneficiario o familiare anagraficamente convivente;
- scontrini fiscali parlanti<sup>3)</sup>/ricevute fiscali per l'acquisto di medicinali, ausili e/o protesi intestate al beneficiario;

Carloforte, li \_\_\_\_\_

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 Carloforte.

### DICHIARAZIONE DI CONSENSO

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 Domanda di Rimborso delle Spese sostenute del Programma Regionale "Mi prendo cura".

Carloforte, li \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

### Note per la compilazione:

- 1) Scontrini/Ricevute fiscali da cui emerga la tipologia dei prodotti acquistati (bombole di gas, pellet per il riscaldamento.) e l'acquirente che deve coincidere con il beneficiario del progetto "Ritornare a casa plus".
- 2) Indicare l'importo complessivo che si è portato o si intende portare in detrazione in fase di dichiarazione dei redditi.
- 3) Lo scontrino parlante: documento dettagliato, che da un lato registra specificatamente la tipologia, la quantità e la natura dei prodotti acquistati mentre dall'altro riporta il **codice fiscale che deve essere necessariamente quello del beneficiario del programma Ritornare a casa plus.**