

**PROGRAMMA REGIONALE "MI PRENDO CURA"
BIENNIO 2026-2027**

DOMANDA DI RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE NELL'ANNO 2026

Da presentare entro il 19/02/2027

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 2026 non supportate da Sistema sanitario regionale o non coperte dalle tradizionali misure per i non abbienti sono le seguenti:

Tipologia	Importo	Periodo
Fornitura energia elettrica		
Riscaldamento¹⁾		
Medicinali		
Integratori		
Ausili		
Protesi		
Totale spese		

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 € _____²⁾

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 parlanti³⁾/ricevute fiscali per l'acquisto di medicinali, ausili e/o protesi intestate al beneficiario;

Carloforte, 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 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, lì _____

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.**

**PROGRAMMA REGIONALE "MI PRENDO CURA"
BIENNIO 2026-2027**

DOMANDA DI RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE NELL'ANNO 2027

Da presentare entro il 19/02/2028

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 2027 non supportate da Sistema sanitario regionale o non coperte dalle tradizionali misure per i non abbienti sono le seguenti:

Tipologia	Importo	Periodo
Fornitura energia elettrica		
Riscaldamento¹⁾		
Medicinali		
Integratori		
Ausili		
Protesi		
Totale spese		

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 € _____²⁾

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 parlanti³⁾/ricevute fiscali per l'acquisto di medicinali, ausili e/o protesi intestate al beneficiario;

Carloforte, 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 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, lì _____

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.**