**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**in qualità di:**

* diretto interessato;
* incaricato della tutela;
* amministratore di sostegno;
* familiare/figura di riferimento;

del/la sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n. 445 per i casi di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

**DICHIARA**

che le spese documentate, per le quali si chiede il rimborso ai sensi del programma regionale “Mi prendo cura” relative al:

|  |  |
| --- | --- |
| * 1° semestre 2023 | * 2° semestre 2023 |

**non sono state sostenute con interventi da parte del Servizio Sanitario Nazionale e /o da parte di altre misure a favore dei non abbienti.**

Ai fini del rimborso delle spese di cui all’art. 3 dell’Avviso Pubblico, allega alla presente le pezze giustificative relative alla seguente tipologia di intervento:

* il rimborso delle spese sostenute per l’acquisto di medicinali, protesi, ausili e presidi non forniti dal Servizio Sanitario Regionale, per un importo complessivo di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, di cui € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rimborsato da altra misura;
* il rimborso delle spese sostenute per la fornitura di energia elettrica e/o di riscaldamento, che non trovano copertura tra le tradizionali misure di sgravio e rimborso, statali e regionali, per un importo complessivo di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, di cui € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rimborsato da altra misura;
* la copertura delle spese sostenute per l’acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona, nelle more dell’attivazione del Programma “Ritornare a casa PLUS” per un importo complessivo di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, di cui € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rimborsato da altra misura.

Olzai, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La Dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_