

COMUNE DI LOCULI

**PROVINCIA DI NUORO**

 *Ufficio Servizi Sociali - Tel 0784/1823208*



**AL UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

**DEL COMUNE DI LOCULI, 08020**

**OGGETTO: RICHIESTA RINNOVO PROGRAMMA REGIONALE“MI PRENDO CURA”.ANNUALITA’ 2024**

Il/La sottoscritto/a nato/a a .il Residente a invia n° Codice

Fiscale Tel./cell.n° email

# In qualità di:

* Destinatario
* Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno
* Familiare (indicare il grado di parentela)
* Altro

Del Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_e residente in Loculi in P.zza/Via/vico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_ Tel./cell.n° \_\_\_\_\_\_

# CHIEDE

 Di rinnovare il beneficio economico **“Mi prendo cura”** (ai sensi della L.R.17/2021edelleD.G.R.48/46 del10.12.2021, n. 12/17 del07.04.2022e n.10/28 del 16.03.2023)

**DICHIARA**

**di aver sostenuto le spese sotto indicate per:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TIPOLOGIA DI SPESA | TOTALE IMPORTO | NON COPERTO DA ALTRE MISURE DI SOSTEGNO  |
| Fornitura di energia elettrica | € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Fornitura di riscaldamento Gas ο Gasolio ο Pellet ο Legna ο Altrο | € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Medicinali | € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Protesi | € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ausili o altre attrezzature | € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Servizi professionali di assistenza alla persona (solo Ipotesi B) | € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  TOTALE | € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

# Allega alla presente:

* Copia del documento d’identità del richiedente e del destinatario in corso di validità;
* Certificazione ISEE anno 2024

LOCULI,

# IL DICHIARANTE

Firma