

**Al Servizio Sociale Comune
di Cabras P.zza Eleonora
D'Arborea 1 09072 CABRAS –**

OR

**OGGETTO: Domanda rimborso Programma Regionale "MI PRENDO CURA" – D.G.R.
67/24 del 23/12/2025 - Annualità 2026.**

(Dati del richiedente)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____,
Prov. _____. il ____/____/____ e residente a _____,
Prov. _____, in Via/C.so/P.zza _____, n. _____,
C.F. _____, Cell. _____, Tel. _____,
email _____, PEC _____,

***N.B. È necessario indicare una e-mail e un contatto telefonico**

in qualità di:

- ☐ Diretto interessato
- ☐ Amministratore di sostegno/Tutore/Curatore
- ☐ Familiare di riferimento

(Da compilare solo se il beneficiario è diverso dal richiedente)

Del/la Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____,
Prov. _____. il ____/____/____ e residente a Cabras (OR), in Via/C.so/P.zza _____,
_____, n. _____, C.F. _____,
Cell. _____, Tel. _____, e-mail _____,
PEC _____,

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e formazione di atti falsi e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445 e ai sensi e per gli effetti dell'art.47 del citato D.P.R. 445/2000;

CHIEDE

Il rimborso delle spese sostenute per il seguente periodo:

- ☐ 01.01.2026 – 30.04.2026
- ☐ 01.05.2026 – 31.08.2026
- ☐ 01.09.2026 – 31.12.2026

In quanto beneficiario di uno dei *seguenti interventi*:

☐ **Intervento 1**

(Destinato a coloro che abbiano un progetto "Ritornare a Casa Plus" già attivo nell'anno 2026)

Acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona, acquisizione di medicinali, ausili e protesi che non siano soddisfatti dal Servizio sanitario regionale e di forniture di energia elettrica e di riscaldamento che non trovino copertura tra le tradizionali misure a favore dei non abbienti;

A tal fine DICHIARA

Che le spese sostenute in favore del beneficiario del progetto "Ritornare a casa PLUS" sono le seguenti:

Tipologia di spesa	Importo	Dichiarazione
Servizi professionali di assistenza alla persona	€	di cui €_____rimborsati da misura di sostegno nazionale, regionale, comunale
Medicinali	€	non forniti dal Servizio Sanitario Regionale
Ausili	€	non forniti dal Servizio Sanitario Regionale
Protesi	€	non forniti dal Servizio Sanitario Regionale
Energia elettrica	€	di cui €_____rimborsati da misura di sostegno nazionale, regionale, comunale
Riscaldamento	€	di cui €_____rimborsati da misura di sostegno nazionale, regionale, comunale

ALLEGA

(barrare la casella):

la copia fotostatica, o file in formato PDF se inviati via e-mail/PEC, dei seguenti documenti:

- ☐ Contratto stipulato con una cooperativa sociale oppure Contratto di assunzione personale qualificato; Fatture o busta paga; Ricevuta di avvenuto pagamento delle fatture o busta paga
- ☐ Fatture relative alla fornitura di energia elettrica intestati al beneficiario o a un componente del nucleo familiare dello stesso;
- ☐ Ricevute/fatture/scontrini relativi alla fornitura di riscaldamento (gas, legna, pellet, gasolio, altro) intestati al beneficiario o a un componente del nucleo familiare dello stesso;

- ☐ Fatture/Ricevute/Scontrini di ausili e protesi intestati al beneficiario;
- ☐ Scontrini relativi all'acquisto di medicinali, con codice fiscale del beneficiario.

OPPURE

☐ **Intervento 2**

(destinato a coloro che avendo presentato domanda di attivazione di un nuovo progetto "Ritornare a casa Plus" per l'anno 2026, formalmente acquisita dall'ambito di riferimento, siano in attesa da oltre 30 giorni per la sua attivazione)

acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona

A tal fine DICHIARA

Che le spese sostenute in favore del richiedente di un progetto "Ritornare a casa PLUS" sono le seguenti:

Tipologia di spesa	Importo	Dichiarazione
Servizi professionali di assistenza alla persona	€	di _____ cui € _____ rimborsati da misura di sostegno nazionale, regionale, comunale

ALLEGA

(barrare la casella):

copia fotostatica, o file in formato PDF se inviati via e-mail/PEC, dei seguenti documenti:

- ☐ Contratto stipulato con una cooperativa sociale oppure contratto di assunzione diretta di personale qualificato;
- ☐ Fatture o busta paga;
- ☐ Ricevuta di avvenuto pagamento delle fatture o busta paga.

Luogo e data

Firma

Informativa effettuata ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 (RGDP)

Il Comune di Cabras, con sede in Cabras, Piazza Eleonora n. 1, e-mail: protocollo@comune.cabras.or.it, pec: protocollo@pec.comune.cabras.or.it, tel: 0783/3971, nella sua qualità di **Titolare del trattamento dei dati**, tratterà i dati personali conferiti con la presente modulistica, sia su supporto cartaceo sia con modalità informatiche e telematiche, **esclusivamente al fine di espletare le attività di erogazione dei servizi richiesti, nell'esecuzione dei compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei pubblici poteri propri dell'Ente**, nel rispetto dei principi di cui al Regolamento UE 2016/679.

La informiamo che il trattamento dei dati personali avverrà secondo modalità idonee a garantire sicurezza e riservatezza e sarà effettuato utilizzando supporti cartacei, informatici e/o telematici per lo svolgimento delle attività dell'Amministrazione.

Il trattamento dei dati è improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza e, in conformità al principio di cd "minimizzazione dei dati", i dati richiesti sono adeguati, pertinenti e limitati rispetto alle finalità per le quali sono trattati.

In particolare, i dati sono raccolti e registrati unicamente per gli scopi sopraindicati e saranno tutelate la dignità e la riservatezza.

Il conferimento dei dati di cui alla presente modulistica è obbligatorio ed il loro mancato inserimento comporterà l'applicazione delle disposizioni sanzionatorie espressamente previste dalla vigente normativa.

I dati raccolti con la presente domanda potranno essere comunicati, se previsto da norma di legge o di regolamento, ad altri soggetti pubblici espressamente individuati e/o diffusi, laddove obbligatorio, a seguito di pubblicazione all'Albo Pretorio On line (ai sensi dell'art. 32, L. 69/2009) ovvero nella Sezione del sito istituzionale dell'Ente denominata "Amministrazione Trasparente" (ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii). Gli stessi dati potranno formare oggetto di istanza di accesso documentale ai sensi e nei limiti di cui agli artt. 22 e ss. L. 241/90, ovvero potranno formare oggetto di richiesta di accesso civico "generalizzato", ai sensi dell'art. 5, comma 2, e dell'art. 5 bis, D. Lgs. 33/2013.

I dati conferiti, saranno trattati dall'Amministrazione per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata e conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale, da collaboratori dell'Ente ovvero da soggetti esterni espressamente nominati come Responsabili del trattamento dal Titolare.

Al di fuori delle ipotesi sopra richiamate, i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento, ai sensi degli artt. 15 e ss. RGDP.

Apposita istanza è presentata al Responsabile della Protezione dei dati dell'Ente (ex art. 38, paragrafo 4, RGDP), individuato nella **SIPAL srl, con sede a Cagliari nella Via San Benedetto, 60 - Tel: 070/42835 - email: doo@sioal.sardeana.it - pec: sipalpostacertificata@pec.sipal.sardeana.it**. Dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni di cui all'art. 13 RGDP in relazione ai dati contenuti nell'allegata modulistica. L'interessato al trattamento dei dati.

Luogo e data**Firma**