



COMUNE DI VILLAPERUCCIO

PROVINCIA DEL SUD SARDEGNA

P.zza IV° Novembre, n. 1 – Cap.09010 Tel. 0781.950046

pec: servizisocialivillaperuccio@pec.it

Al SERVIZIO SOCIALE del Comune di VILLAPERUCCIO

DOMANDA DI ACCESSO AL PROGRAMMA REGIONALE “MI PRENDO CURA” – MISURA COMPLEMENTARE AL PROGRAMMA RITORNARE A CASA PLUS - ANNO 2026.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (_____) il ____/____/____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Documento di identità in corso di validità _____ numero

_____ rilasciato da _____

residente/domiciliato in _____ in via _____,

recapito telefonico _____ cellulare _____

e-mail _____

In qualità di

- ☐ se medesimo
- ☐ coniuge
- ☐ figlio
- ☐ tutore legale
- ☐ amministratore di sostegno
- ☐ altro _____

del Sig./ra _____

nato/a a _____ - (_____) il ____/____/____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Documento di identità in corso di validità _____

_____ numero _____ rilasciato da _____

residente/domiciliato in _____ in via _____,

recapito telefonico _____ cellulare _____

e-mail _____

CHIEDE

Di essere ammesso/a al programma regionale “Mi prendo cura” per la seguente tipologia di intervento:

- ☐ beneficio economico riconosciuto dal Programma Regionale “Mi prendo cura” finalizzato al rimborso di medicinali, integratori, ausili e protesi che non siano forniti dal Servizio Sanitario Regionale e al rimborso della fornitura di energia elettrica e di riscaldamento che non trovano copertura nelle tradizionali a favore dei non abbienti;

- ☐ Acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona nelle more dell'attivazione del programma "Ritornare a casa PLUS"

A TAL FINE

Consapevole che, ai sensi dell'art. art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm.ii. la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 77 del medesimo D.P.R. n.445/2000 in merito alla decadenza

DICHIARA

- ☐ che la persona interessata è beneficiaria del Programma Regionale "Ritornare a casa PLUS" attivo nel 2026
- ☐ che la persona interessata ha un'attestazione Isee sociosanitario anno 2026 pari ad €_____;
- ☐ di aver sostenuto le spese relative alle pezze giustificative, **per l'annualità 2026**, allegate alla presente dichiarazione per far fronte alle seguenti esigenze della persona beneficiaria del Progetto Ritornare a casa Plus:
1. **Pagamento fornitura energia elettrica** per un importo di €_____di cui €_____rimborsato da altra misura.
 2. **Pagamento fornitura di riscaldamento (gas, gasolio, legnatico, pellet, altro)** per un importo di €_____di cui €_____rimborsato da altra misura.
 3. **Pagamento medicinali, integratori, ausili e / o protesi** per un importo di €_____di cui €_____rimborsato da altra misura.
 4. **Buste paga/ricevute (MAV-INPS)** per servizi professionali di assistenza alla persona per €_____
- ☐ che in data ____/____/____ ha presentato domanda di attivazione di un nuovo progetto "Ritornare a casa Plus" formalmente acquisita dall'Ambito Plus di riferimento, valutata positivamente come daverbale U.V.T. n° _____del ____ed è in attesa dell'attivazione dello stesso da oltre trenta giorni.

N.B. le ricevute/scontrini/buste paga e MAV/IPS vanno inseriti in busta chiusa.

Allega:

- Attestati di pagamento delle spese effettuate;
- Copia documento di identità in corso di validità;
- Decreto di nomina di tutela o di amministratore di sostegno (nei casi previsti)
- Certificazione ISEE 2026

Firma del Dichiarante

Villaperuccio, lì _____

INFORMATIVA EFFETTUATA AI SENSI DELL'ART. 13 REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (RGPD)

Il Comune di Villaperuccio, con sede in P.zza IV Novembre, n. 1, e.mail: segreteria@comune.villaperuccio.ci.it pec: protocollo@pec.comune.villaperuccio.ci.it, tel: 0781950046, 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 Suoi 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 Sua dignità e la Sua riservatezza.

Il conferimento dei dati di cui alla presente modulistica è facoltativo, ma un eventuale rifiuto di fornirli comporterà l'impossibilità per l'Amministrazione di utilizzare i dati per le finalità indicate, con la conseguenza che non sarà possibile l'erogazione dei servizi richiesti.

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, ai sensi dell'art. 43, comma 2, TUEL da parte degli amministratori dell'Ente, ovvero potranno formare oggetto di richiesta di accesso civico "generalizzato", ai sensi dall'art. 5, comma 2, e dall'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. RGPD.

Apposita istanza è presentata al Responsabile della Protezione dei dati dell'Ente (ex art. 38, paragrafo 4, RGPD), individuato nella **SIPAL srl, con sede a Cagliari nella Via San Benedetto, 60 – Tel: 070/42835 – email: dpo@sipal.sardegna.it – pec: sipalpostacertificata@pec.sipal.sardegna.it**

Dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni di cui all'art. 13 RGPD.

Villaperuccio _____

Sig. _____
(Firma per esteso e leggibile del dichiarante)

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 Richiesta di attivazione del Programma Regionale "Mi prendo cura".

Villaperuccio, li _____

Sig./ra _____
(Firma per esteso e leggibile del dichiarante)