



COMUNE DI PATTADA

Città Metropolitana di Sassari

Domanda di Ammissione al Programma “Mi prendo cura”.

___/___ sottoscritt _____ nat ___ a _____
il ___/___/___ C.F. _____
Residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____
Telefono _____ e mail: _____

nella sua qualità di:

☐ diretto interessato ☐ tutore/amministratore di sostegno ☐ familiare di riferimento

Del beneficiario (nome e cognome): _____ °
nato a _____ il ___/___/___ residente a _____
in Via _____ n. _____ C.F. _____
Telefono _____ e mail: _____

CHIEDE

di essere ammesso al beneficio economico riconosciuto dalla Regione Sardegna con DGR n°. 67/24 del 23/12/2025 per il rimborso di forniture di medicinali, ausili e protesi che non sono erogati dal Servizio Sanitario Regionale nonché al rimborso delle spese sostenute per la fornitura di energia elettrica e di riscaldamento che non trovino copertura tra le tradizionali misure a favore dei non abbienti.

Dichiara che il beneficiario usufruisce del programma regionale “Ritornare a casa PLUS” dal _____ e che le spese rendicontate non sono coperte dal SSN e da altre misure a favore dei non abbienti;

Chiede che il suddetto rimborso avvenga nel modo indicato:

☐ accredito su conto corrente intestato a: _____

COD.IBAN _____

Informativa in materia di protezione dati personali

I dati personali comunicati nelle domande di ammissione all'agevolazione e quelli riportati nella documentazione allegata, saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento nel rispetto di quanto disposto dal D.Lgs 10.06.2001, n.196.

Firma del dichiarante

Allega la seguente documentazione:

- documento di riconoscimento del richiedente e del beneficiario in corso di validità;
- ricevute attestanti il pagamento delle spese per le quali si chiede il rimborso relative all'anno 2026

☐ PER IL PRIMO SEMESTRE DA GENNAIO A LUGLIO 2026

☐ PER IL SECONDO SEMESTRE 2026 DA AGOSTO A DICEMBRE 2026