



## Comune di Flussio

Provincia di Oristano

Tel. 0785/34805 Via Nazionale n. 69

e-mail [servizisociali@comune.flussio.or.it](mailto:servizisociali@comune.flussio.or.it)

pec [servsociali@pec.comune.flussio.or.it](mailto:servsociali@pec.comune.flussio.or.it)

**All'Ufficio Servizi Sociali  
Comune del Comune di Flussio**

### RICHIESTA ATTIVAZIONE PROGRAMMA REGIONALE "MI PRENDO CURA" ANNO 2024

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
il

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ (Or) in  
via

\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

In qualità di

- Beneficiario di un Progetto "Ritornare a casa Plus – anno 2024"
- coniuge
- figlio
- tutore legale
- amministratore di sostegno
- altro \_\_\_\_\_

del

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, beneficiario di un Progetto  
"Ritornare a casa Plus – anno 2024", nato/a a \_\_\_\_\_ - (\_\_\_\_)

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ (Or) in via  
\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Di essere ammesso al beneficio economico riconosciuto dalla Regione Sardegna con DGR n. 10/28 DEL 16/03/2023

"Mi prendo cura annualità 2024" finalizzato al rimborso per:

- Primo semestre 2024 (**gennaio-giugno**); - scadenza presentazione domanda 13 settembre 2024.
- Secondo semestre 2024 (**luglio-dicembre**); - scadenza presentazione domanda 14 gennaio 2025.
- 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;
- Acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona nelle more dell'attivazione del programma regionale "Ritornare a casa plus".



*relativa prescrizione;*

- *Decreto di nomina tutore, curatore o di amministratore di sostegno (eventuale).*
- *Dichiarazione sostitutiva di certificazioni e di atto notorio resa ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, attestante che tali spese non siano coperte dal Servizio Sanitario Regionale e da altre misure a favore dei non abbienti;*

Flussio

FIRMA RICHIEDENTE

---