**ALLEGATO B**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ ATTO DI NOTORIETA’**

**(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’ art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000

in qualità di

* beneficiario/a del programma “Ritornare a casa PLUS”.
* Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore
* familiare di riferimento
* Erede

Del/la signor/a

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il residente a Monteleone Rocca Doria

in Via n. C.F.

Telefono e mail:

beneficiario/a del programma “Ritornare a casa PLUS”.

DICHIARA

Di aver sostenuto le spese relative alle pezze giustificative, per il \_\_\_\_\_\_\_ semestre 2023, allegate alla presente dichiarazione, per far fronte alle seguenti esigenze della persona beneficiaria del ProgettoRitornare a casa Plus:

1. Pagamento fornitura energia elettrica per un importo di €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ non rimborsato da altra misura;

2. Pagamento fornitura di riscaldamento (gas, gasolio, legnatico, pellet, altro) per un importo di €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ non rimborsato da altra misura;

3. Pagamento medicinali, ausili e / o protesi per un importo di €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ non rimborsato da altra misura

Totale spese sostenute € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega:

- Copia della documentazione attestante le spese effettuate/pagate;

- Copia documento di identità in corso di validità;

- Decreto di nomina di tutela o di amministratore di sostegno (nei casi previsti);

Monteleone Rocca Doria lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA PRIVACY**

Si informa che, ai sensi della normativa vigente, i dati personali volontariamente forniti, necessari per l’istruttoria della pratica, saranno trattati, anche facendo uso di strumenti informatici, al solo fine di consentire l’attività di valutazione e di erogazione dell’intervento, nel rispetto della vigente normativa (GDPR 679/2016). Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Monteleone Rocca Doria.

**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”.

Monteleone Rocca Doria lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_