

Scadenza 30/11/2025

Al Comune di Maracalagonis  
Settore Politiche Sociali

**OGGETTO: Domanda attivazione Programma Regionale “Mi prendo cura” – Anno 2025.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
codice fiscale

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

In qualità di (barrare la voce interessata):

diretto interessato

oppure

coniuge

figlio/a

tutore/curatore

amministratore di sostegno

altro \_\_\_\_\_

del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
recapito telefonico: \_\_\_\_\_ cellulare: \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'ammissione al beneficio economico “**Mi prendo cura**”, finalizzato al rimborso di medicinali, ausili e protesi che non sono forniti dal Servizio Sanitario Regionale e al rimborso della fornitura di energia elettrica e di riscaldamento che non trovano copertura in altre misure in quanto beneficiario del Progetto Ritornare a casa PLUS nel corso dell'anno 2025;

l'ammissione al beneficio economico “**Mi prendo cura**”, finalizzato al rimborso per servizi professionali di assistenza alla persona nelle more dell'attivazione del programma regionale “Ritornare a casa Plus” avendo presentato domanda di attivazione di un nuovo progetto “Ritornare a casa Plus” formalmente

