**Al Servizio Sociale**
**Comune di Serramanna**
**Via Serra,**

**OGGETTO: Richiesta di ammissione al Programma "Mi prendo cura". Annualità 2022.**

__l__ sottoscritt__ _____ nat____ a _____

il ____/_____/____ C.F. _____

Residente a _____Via/Piazza_____n.____

Telefono _____ e mail: _____

**nella sua qualità di:**

☐ diretto interessato o ☐ legale rappresentante ☐ familiare di riferimento

Del/la Beneficiaio/a del Programma ritornare a casa:

Signor/ra _____

nato a _____ il _____residente a _____

in Via _____ n. ___ C.F. _____

Telefono _____ e mail: _____

**CHIEDE**

Che il suddetto beneficiario sia ammesso al beneficio economico "Mi prendo cura" riconosciuto dalla Regione Sardegna con DGR n° 48/46 del 10.12.2021 e DGR 12/17 del 7/04/2022

A tal fine dichiara che la persona interessata è beneficiaria del programma "Ritornare a casa PLUS", oppure.

Allega alla richiesta la seguente documentazione:

- documento di riconoscimento del richiedente e del beneficiario in corso di validità;
- certificazione ISEE 2022 socio sanitario del beneficiario
- modulo informativa sul trattamento dei dati personali

Serramanna lì_____

**Firma del dichiarante**

_____