

**ALLEGATO 4**

Det. n.14 del 01.02.2023

RAC Plus - Modulo richiesta rimborso

**COMUNE DI SAMASSI**  
PROVINCIA DEL SUD SARDEGNA  
- Area Politiche Sociali-

**Alla c.a.**  
**Responsabile Area Politiche Sociali**

**OGGETTO: RAC Plus. Richiesta Liquidazione rimborso periodo \_\_\_\_\_**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ email/ PEC \_\_\_\_\_

In qualità di:

- beneficiario
- genitore/amministratore di sostegno/tutore/familiare di riferimento

di \_\_\_\_\_ nat\_a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il rimborso delle spese sostenute per il progetto Ritornare a Casa Plus rivolto al beneficiario nel periodo \_\_\_\_\_

a tal fine, consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere verranno applicate le sanzioni penali previste e **la decadenza dal beneficio ottenuto** (artt. 76 e 75 D.P.R. n° 445 del 28/12/2000), sotto la sua personale responsabilità,

**DICHIARA che:**

- Gli operatori assunti per la realizzazione degli interventi di assistenza non sono parenti conviventi né parenti che rientrano nell'elenco delle persone indicate all'art. 433 del Codice Civile, ovvero non sono familiari per cui corre l'obbligo degli alimenti;
- Non sussistono cause di qualsivoglia natura che comportino, per mancanza di requisiti, la decadenza del beneficio.

Si allega la seguente documentazione:

- busta paga mese di \_\_\_\_\_;
- fattura mese di \_\_\_\_\_;
- giornaliera mese di \_\_\_\_\_;
- ricevuta versamento contributi INPS periodo \_\_\_\_\_;
- copia bonifico o assegno attestante il pagamento degli operatori mese di \_\_\_\_\_;
- copia bonifico o assegno attestante il pagamento del caregiver mese di \_\_\_\_\_;
- Altro \_\_\_\_\_

In fede

Samassi, li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_