

*Al Responsabile dell'Area Politiche Sociali
del Comune di Masullas*

Allegato C

DICHIARAZIONE SPESE SOSTENUTE

(ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

__l__ sottoscritt__
_____ nat__ a
_____ il _____ residente a _____
in _____ via _____ C.F.
_____ in qualità di _____ del
beneficiario _____

consapevole delle conseguenze penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dei benefici di cui all'art. 75 del medesimo D.P.R.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che: le spese sostenute nell'anno 2025 non supportate da Sistema sanitario regionale o non coperte dalle tradizionali misure per i non abbienti sono le seguenti:

Tipologia	Importo	Periodo	Intestatario	Relazione
Fornitura energia elettrica				
Riscaldamento				
Medicinali				
Ausili				
Protesi				
Servizi professionali di assistenza				

Si dichiara:

- ☐ che le spese mediche/assistenziali non sono state (o non saranno) oggetto della detrazione fiscale del 19% in sede di dichiarazione dei redditi;
- ☐ che le spese mediche/assistenziali sono state (o saranno) oggetto della detrazione fiscale del 19% in sede di dichiarazione dei redditi per un importo complessivo pari ad € _____

Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000 le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto notorio da produrre agli organi della Amministrazione Pubblica devono essere sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritte e inviate insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite incaricato, oppure a mezzo posta.

Allega:

- ☐ fatture / ricevute fiscali e ogni altra ulteriore documentazione relative a fornitura energia elettrica e riscaldamento intestate al beneficiario o familiare anagraficamente convivente;
- ☐ scontrini fiscali parlanti /ricevute fiscali per l'acquisto di medicinali, ausili e / o protesi intestate al beneficiario;
- ☐ buste paga/fatture e ogni altra ulteriore documentazione relativa alle spese di assistenza sostenute, all'assunzione dell'operatore e al possesso dei requisiti di esperienza/formazione richiesti dalla RAS.

_____ li ____ / ____ / _____

Firma
