(*istanza su carta semplice*)

**Allegato 5.**

**DOMANDA DI RIMBORSO SPESA PER QUOTA SOCIALE DELLA RETTA PER L’ACCOGLIENZA DI SOGGETTI FRAGILI E/O NON AUTOSUFFICIENTI C/O STRUTTURE SOCIALI E SOCIO-SANITARIE**

*(dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)*

Al Sindaco del Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Piazza/Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n.

(CAP) – Comune (Prov.)

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n.\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, legale rappresentante della Sig./Sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ domiciliata/residente prima del sisma a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n.\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, assistito/a, nel periodo dal \_\_/\_\_/2016 al \_\_/\_\_/2017, presso la struttura socio-sanitaria/socio-assistenziale di seguito specificata, a seguito dell’evento di sisma 2016 e del relativo sfollamento da domicilio *o* da struttura disposto dal Sindaco del Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in indirizzo (comune di stabile e continuativa dimora), nella sua qualità di Autorità Comunale di Protezione Civile ex art. 15 della legge 225/92 e s.m.i,

**DICHIARA CHE**

Per il/la Sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, i periodi mensili di assistenza a seguito di sfollamento disposto e/o consentito dalla Autorità comunale di Protezione Civile presso idonea Struttura di accoglienza socio-sanitaria/socio-assistenziale sono i seguenti:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **n.**  | **Periodi mensili di accoglienza** | **Struttura/e di accoglienza** |
| **dal** | **al** | **Denominazione struttura** | **Comune di ubicazione** |   |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |

**DICHIARA ALTRESI’ CHE**

Per i periodi di cui sopra le fatturazioni inviate in pagamento al sottoscritto, per l’ospitalità del/della Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_presso la citata struttura di accoglienza, risultano essere le seguenti:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **n. Fattura** | **Data Fattura** | **Descrizione** | **Periodo (mese di rif.)** | **Importo giornaliero** | **Importo mensile** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  **Totale Periodi**  |  |

**TUTTO CIO’ PREMESSO**

**SI CHIEDE**

a codesto Spett.le Comune di voler procedere – ai sensi delle Linee Guida regionali per il rimborso della quota sociale della retta per l’accoglienza di soggetti fragili e/o non autosufficienti c/o strutture sociali e socio-sanitarie – al rimborso delle sopra fatturazioni, a valere sulla Contabilità Speciale regionale – Misura “Quota sociale della retta”, mediante specifico inserimento del nominativo del Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_all’interno della Piattaforma regionale Cohesion WorkPA per i periodi di assistenza e per gli importi mensili sopra evidenziati;

**A TAL FINE INOLTRE**

**1**. Provvede ad allegare alla presente copia di nn.\_\_\_\_\_\_\_ fatture per i periodi sopra evidenziati;

**2**. **Dichiara** **a tal proposito che** **le fatture allegate risultano essere, per tali periodi, debitamente saldate nei confronti della citata struttura socio-sanitaria e socio-assistenziale che le ha emesse a seguito della relativa ospitalità di proprio familiare**, come sopra dettagliatamente specificato;

**3**. Solleva codesto Comune da ogni responsabilità circa la veridicità di quanto affermato in ordine al pagamento delle stesse;

**4**. Dichiara la propria disponibilità ad essere rimborsato/a da codesto Comune mediante pagamento c/o la Tesoreria comunale, o presso il proprio conto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*indicare estremi IBAN*) nell’importo ammesso e liquidato al comune dalla Regione Marche, a seguito di verifica istruttoria dei relativi inserimenti operati da codesto comune c/o la citata Piattaforma Cohesion WorkPA, in conseguenza della presente richiesta;

**5**. **Allega, infine, fotocopia di idoneo documento di riconoscimento *ex* art 38, 3^ comma, del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445***.*

Distinti saluti

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Il Dichiarante

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