



Programma Locale Unitario dei Servizi  
PLUS – Anglona-Coros-Figulinas



Comune di Osilo  
Ente capofila



ATS Sardegna  
Azienda Tutela Salute



Provincia di Sassari

Distretto Sanitario di Sassari

**Programma Regionale “Ritornare a casa”**  
(Art.17, comma 1 – L.R. n° 4 del 11/05/2006)

**Spett.le P.U.A. Distretto Sanitario di Sassari**

**Spett.le Comune di \_\_\_\_\_**

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
domiciliat\_ a (indicare solo se diverso da residenza) \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cod.fisc. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la predisposizione di un piano personalizzato per l’accesso al Programma Regionale “Ritornare a casa” come:

nuovo beneficiario  rinnovo \_\_\_\_ annualità

per se;

per il/la sig.\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
domiciliat\_ a (indicare solo se diverso da residenza) \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cod.fisc. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

in qualità di sua figura di riferimento (indicare di seguito la natura della relazione esistente):

**Allega i seguenti documenti:**

- Certificazione ISEE redatto secondo la normativa vigente
- Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione e di Atto Notorio allegata
- Certificazione sanitaria redatta secondo le indicazioni contenute nella specifica informativa
- Documentazione attestante il ricovero presso una struttura residenziale a carattere sociale e/o sanitario per un periodo non inferiore a 12 mesi
- Altro

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_  
(Luogo) (Data)

\_\_\_\_\_  
(Firma)