

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

Nato/a a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)

Residente a _____ (_____) in via _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

quanto segue:

SERVIZI FRUITI 2015	SOGGETTO EROGATORE	NUMERO ORE SETTIMANALI	NUMERO ANNUALI
Inserimento socio-lavorativo, servizio civile			
Asilo nido			
Fisioterapia			
Assistenza domiciliare erogata da enti pubblici o associazioni regolarmente convenzionate			
Assistenza domiciliare integrata			
Frequenza centri diurni (ANFFAS, Alzheimer, ecc.)			
Ricovero, soggiorno e/o accoglienza in struttura pubblica o privata			

Frequenza centri di aggregazione sociale comunali			
Trasporto			
Altri servizi (sport terapia, ecc.)			

Numero ore settimanali di servizi fruiti _____ (media annua)

<i>CARICO 2015</i>	<i>SOGGETTO EROGATORE</i>	<i>NUMERO ORE SETTIMANALI</i>	<i>NUMERO ANNUALI</i>
Lavoro eventualmente svolto dal beneficiario del piano			
Frequenza scolastica			
Asilo nido			
Scuola materna			
Corsi di formazione			
Fisioterapia			
Assistenza domiciliare erogata da enti pubblici o associazioni regolarmente convenzionate			
Assistenza domiciliare integrata			
Frequenza centri diurni (ANFFAS, Alzheimer, ecc)			
Permesso dal lavoro per L. 104/92 (art. 33 Comma 3)*			
Ricovero, soggiorno e/o accoglienza in struttura pubblica o privata			

Frequenza centri di aggregazione sociale comunali			
Trasporto			
Altri servizi fruiti (sport terapia, ecc.)			

Numero ore giornaliere effettive di carico familiare _____ (media annua)

*ci si riferisce a permessi da lavoro dei familiari conviventi

Maracalagonis, _____

Firma
