

**Allegato A****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:

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

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

Numero ore settimanali di servizi fruiti \_\_\_\_\_ (media annua)

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

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

Numero ore giornaliere effettive di carico familiare \_\_\_\_\_ (media annua)

\*ci si riferisce a permessi da lavoro dei familiari conviventi

Maracalagonis, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_