

**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:

<i><b>SERVIZI FRUITI 2014</b></i>	<i><b>SOGGETTO EROGATORE</b></i>	<i><b>NUMERO ORE SETTIMANALI</b></i>	<i><b>NUMERO ANNUALI</b></i>
<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><i>CARICO 2014</i></b>	<b><i>SOGGETTO EROGATORE</i></b>	<b><i>NUMERO ORE SETTIMANALI</i></b>	<b><i>NUMERO ANNUALI</i></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

Sinnai, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_