

**DICHIARAZIONE DATI PER SCHEDA SOCIALE**

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_  
**tel.** \_\_\_\_\_ **cell.** \_\_\_\_\_  
 Codice fiscale \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

a tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, assumendone piena responsabilità, e consapevole di quanto disposto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici:

<b>SERVIZI FRUITI NELL'ANNO 2019</b>	<b>SOGGETTO EROGATORE</b>	<b>NUMERO ORE SETTIMANALI</b>	<b>NUMERO ORE ANNUALI</b>
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)

<b>CARICO FAMILIARE 2019</b>	<b>SOGGETTO EROGATORE</b>	<b>NUMERO ORE SETTIMANALI</b>	<b>NUMERO ORE ANNUALI</b>
Occupazione svolta dal beneficiario del piano			
Frequenza scolastica beneficiario del piano			
Asilo nido beneficiario del piano			
Scuola materna beneficiario del piano			
Corsi di formazione beneficiario del piano			
Fisioterapia beneficiario del piano			
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			
Servizio di Trasporto per spostamenti vari			
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

\_\_\_\_\_