

## 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 \_\_\_\_\_

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

ai fini della compilazione della Scheda Sociale necessaria per l'ammissione al programma 2018 Piani personalizzati di sostegno alle persone con gravi disabilità, quanto segue:

<i><b>SERVIZI FRUITI NELL'ANNO 2017</b></i>	<i><b>SOGGETTO EROGATORE</b></i>	<i><b>NUMERO ORE SETTIMANALI</b></i>	<i><b>NUMERO ORE ANNUALI</b></i>
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 2017</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

\_\_\_\_\_