

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)
Codice Fiscale: _____

In qualità di:

- I destinatario del piano
 I incaricato della tutela
 I titolare della patria potestà
 I amministratore di sostegno
 I familiare (nel caso di impossibilità del beneficiario di dichiarare e/o firmare)
della persona destinataria del piano:

Cognome _____ Nome _____ nato/a _____ (_____)
il _____

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

che la persona destinataria del piano nell'anno 2024 ha fruito dei servizi *di seguito riportati come segue:

	N. SETTIMANE COMPLESSIVAMENTE FRUITE NEL 2024	MEDIA ORE SETTIMANALI	N. ORE COMPLESSIVAMENTE SVOLTE NELL'ANNO 2024	NOTE (ES. DISCONTINUITÀ DEL SERVIZIO, PERIODI DI MANCATA FRUIZIONE, VARIAZIONI IMPORTANTI)
FREQUENZA SCOLASTICA				
FISIOTERAPIA/ LOGOPEDIA				
RICOVERI OSPEDALIERI SUPERIORI AI 30 GG.				
ASILO NIDO				
SCUOLA DELL'INFANZIA				
CORSI DI FORMAZIONE				
FREQUENZA CENTRI DIURNI PUBBLICI O CONVENZIONATI (ANFFAS, ALZHEIMER, ECC.)				
INSERIMENTO SOCIO LAVORATIVO, SERVIZIO CIVILE				

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (A CARICO DELLA ASL)				
FREQUENZA CENTRI DI AGGREGAZIONE SOCIALE				
SERVIZI DI TRASPORTO SOCIALE				
RICOVERO, SOGGIORNO E/O ACCOGLIENZA IN STRUTTURA PUBBLICA O PRIVATA (CONVENZIONATA)				
ALTRI SERVIZI FRUITI (SPORT TERAPIA, ECC.)				

* NON VANNO INSERITI I SERVIZI ATTIVATI TRAMITE LA 162/98.

DICHIARA ALTRESI'

Che nell'anno 2024 il familiare autorizzato e convivente _____ (nome e cognome e rapporto di parentela) ha usufruito di n° _____ ore di permesso L. 104/92 alla settimana per n° _____ settimane nell'anno da parte del seguente datore di lavoro:

Che la persona destinataria del piano nell'anno 2024 ha svolto attività lavorativa come segue:

ATTIVITA' LAVORATIVA	N. SETTIMANE NEL 2024	MEDIA ORE SETTIMANALI	N. ORE COMPLESSIVAMENTE SVOLTE NELL'ANNO 2024	NOTE (ES. DISCONTINUITA' DEL LAVORO, PERIODI DI MANCATA DISOCCUPAZIONE, VARIAZIONI DI ORARIO)

Dichiaro di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96, i dati personali da me forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____ (luogo e data)

Il destinatario del piano o l'incaricato della tutela o titolare della patria potestà o amministratore di sostegno o il familiare

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.