

**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

o

___ 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 ha nell'anno 2020 ha fruito dei servizi *di seguito riportati come

segue:

	n. settimane complessivamente fruito	Media ore settimanali	N. ore complessivamente svolte nell'anno	Note (es. discontinuità del servizio, periodi di mancata fruizione, variazioni importanti)
FREQUENZA SCOLASTICA				
FISIOTERAPIA/LOGOPEDIA				
RICOVERI OSPEDALIERI SUPERIORI AI 30 GG.				
Asilo nido				
Scuola materna				
Corsi di formazione				
Frequenza centri diurni PUBBLICO CONVENZIONATI				

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

DICHIARA ALTRESI'

Che le ore di permesso retribuito dal lavoro dei familiari che usufruiscono dei benefici di cui alla legge 104/1992 per assistenza alla persona con disabilità nel 2019 sono state pari a _____.

Che la persona destinataria del piano ha nell'anno 2020 svolto attività lavorativa come segue:

	n. settimane	Media ore settimanali	N. ore complessivamente svolte nell'anno

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.