

**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

destinatario del piano

OPPURE

incaricato della tutela

titolare patria potestà

amministratore di sostegno  
della persona destinataria del  
piano:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

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

**DICHIARA**

che le informazioni riportate nei punti della Scheda Sociale – Allegato C

1. Età del disabile
2. Servizi fruiti settimanalmente dal destinatario del piano
3. Carico assistenziale familiare
4. Particolari situazioni di disagio

controfirmata anche dal sottoscritto e le relative certificazioni presentate sono veritiere.

Inoltre

**DICHIARA:**

(barrare e compilare la voce che interessa)

che il sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

dipendente presso \_\_\_\_\_ ha fruito per l'assistenza a favore di \_\_\_\_\_ nell'anno 2018 dei permessi di lavoro ai sensi della Legge 104/92 per un n. di settimane annuali \_\_\_\_\_ e per n. di ore settimanali \_\_\_\_\_, per un totale complessivo di ore annuali pari a n. \_\_\_\_\_.

che nessun familiare ha fruito nell'anno 2018 dei permessi di lavoro ai sensi della Legge 104/92.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

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

\_\_\_\_\_