DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(Art. 47 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/La sottoscritto/a ……..,

in qualità di:

☐ Genitore
☐ Tutore
☐ Curatore
☐ Amministratore di sostegno

nato/a…….il …… a ……..

residente a ……

in via …….. n……

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.p.r. n. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi, contenenti dati non più rispondenti a verità

dichiara che

il beneficiario (cognome e nome) _____

nato il _____ a _____

A) è iscritto ad uno dei seguenti Centri diurni socio –sanitari o sociali:

☐ CDD di _____

☐ CSE di _____

☐ SFA di_____

Oppure

☐ usufruisce di percorsi di autonomia di cui al Decreto n. 19486/2018 e s.m.i.

B) è impossibilitato, a causa dell'emergenza COVID, a frequentare, in modo continuativo, il Servizio/Percorso sopraindicato, per le seguenti motivazioni:

_____

_____

_____

Data e luogo _____

Il dichiarante _____

==========

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle vigenti disposizioni ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo