

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

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (provincia) _____ il _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

in qualità di

- Destinatario del piano
- Tutore /Amministratore di sostegno
- Titolare della responsabilità genitoriale
- Familiare referente (indicare il rapporto di parentela) _____

Del beneficiario sig/sig.ra _____

nato/a a _____ (provincia) _____ il _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 D.P.R. n° 445 del 28/12/2000), sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

Che in riferimento all'avvio degli interventi socio-assistenziali di cui alla LEGGE 162/98 – Anno 2021 in favore del beneficiario _____ risultano in essere i seguenti contratti di lavoro:

LAVORATORE Cognome e nome	n. ore settimanali o mensili	scadenza contratto

SI IMPEGNA

Altresì, a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione/sospensione/cessazione dei contratti sopradetti.

Si allega Documento d'identità del dichiarante.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D. Lsg. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

DATA

IL DICHIARANTE
