

COMUNE DI SAMASSI
Alla c.a. Responsabile Area Politiche Sociali

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art.47 D.P.R. n.445 del 2000)

Il/la sottoscritt _____

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) _____

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

in riferimento all'avvio degli interventi socio-assistenziali di cui alla L.162/98 Anno 2021

in favore del beneficiario _____

che il sig./sig.ra _____ nato/a _____

in qualità di **familiare convivente del beneficiario**, residente a _____ in via _____ ha fruito nell'anno 2020 per l'assistenza a favore del medesimo dei permessi lavorativi retribuiti ai sensi della Legge 104/92, per n. _____ settimane annuali, n. _____ ore settimanali e n. _____ ore complessive annuali.

che **nessun familiare convivente del beneficiario** ha fruito nell'anno 2020 dei permessi lavorativi retribuiti ai sensi della Legge 104/92.

DATA

IL DICHIARANTE

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento UE 679/2016 e al Codice della Privacy italiano come da ultimo modificato dal d.lgs. 101/2018, 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