

MODELLO C

Al Comune di _____

Ufficio Servizi Sociali

Oggetto: AVVISO PER ASSEGNAZIONE “PACCHETTI DI SERVIZI” PER L’INSERIMENTO SOCIALE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’

(resa ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____ via _____ n. _____

al fine di poter partecipare all’Avviso pubblico per l’assegnazione di “PACCHETTI DI SERVIZI” PER L’INSERIMENTO SOCIALE, a conoscenza di quanto descritto dall’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 47 del D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità,

D I C H I A R A

- Che il reddito ISEE del proprio nucleo familiare relativa all’anno 2012 è pari ad € _____;
- di essere nello stato di inoccupazione/disoccupazione dalla data _____ e di essere iscritto nelle liste del Centro per l’Impiego di _____;
- di avere una percentuale di invalidità inferiore al 100% e, precisamente _____, con idoneità lavorativa, come indicato nel certificato rilasciato da _____ in data _____.

Dichiara inoltre di essere informato che:

- il Comune di Formia/Fondi, in qualità di Comune capofila del Distretto, ha facoltà di richiedere agli uffici preposti la produzione delle certificazioni necessarie ad attestare la veridicità delle dichiarazioni sovraesposte;
- saranno eseguiti controlli per accertare la veridicità delle informazioni fornite;
- ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13 del D.Lgs. 196/03 i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento in oggetto;
- dopo l’invio di qualsiasi comunicazione tramite fax va conservata la ricevuta di trasmissione, od eventualmente, ci si deve accertare dell’avvenuta ricezione da parte dell’Ufficio di Piano.

Il sottoscritto si impegna altresì a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni che riguardano la situazione familiare ed economica patrimoniale all’Ufficio di Piano del Distretto socio - sanitario.

Data _____

Firma leggibile del richiedente
