

ALLEGATO "A"

AL SIGNOR SINDACO

DEL COMUNE DI _____

PROGETTO RETE SOLIDALE 2017 - SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' UNDER 65 - COMPRESA L'ASSISTENZA SPECIALISTICA AD ALUNNI CON DISABILITA' - ISTANZA

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____), il _____

e residente a _____

via _____, n° _____

C.F. _____

in qualità di _____, telefono _____

CHIEDE DI ESSERE AMMESSO/A AL SERVIZIO IN OGGETTO

Assistenza domiciliare UNDER 65

PER SE STESSO/A

PER IL/LA SIG/RA

nato/a a _____ (____), il _____

e residente a _____

via _____, n° _____

C.F. _____

in qualità di _____, telefono _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti degli artt.46 e 47 del DPR 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni civili e penali in cui si incorre in caso di dichiarazioni