**ALLEGATO E**



**ALL’ENTE CAPOFILA**

**DELL’AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DICHIARAZIONE DI SVOLGIMENTO DELL’INTERVENTO A DOMICILIO DI ASSISTENZA ALL’AUTONOMIA E ALLA COMUNICAZIONE**

**Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà**

**(artt. 46/47 DPR 28/12/2000, n. 445)**

Il/la sottoscritto/a …………..…………………............................................………........................................

nato/a a ………….…………..…………….. il ………………..…………………….….

residente a ………………………………………………………………………………………………...…

in via ………….………………………………………….……………….. n. ……… Cap ……….………

Codice fiscale…………………………………………………………………………………………………...

Tel. …………………Cell. …………………..………email:…………………………………………………..

**D I C H I A R A**

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria personale responsabilità,

di aver svolto l’intervento di assistenza all’autonomia e alla comunicazione in favore di:

…………………………………………………………………………………………………………

nei mesi di ………………………………………………………………………………………….

per n. ore ………………………………

di aver percepito una somma pari a € …………………;

Si allega il “Foglio delle presenze” (All. F)

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_