

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(art.47, DPR 28 dicembre 2000, n.445)

Io sottoscritta/o, nata/o a (.....) il e residente ad
(.....) in Via n. Codice Fiscale

DICHIARO

sotto la mia responsabilità e a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni non veritiere, falsità negli atti ed uso di atti falsi, di essere beneficiario/a del contributo per l'assistenza domiciliare indiretta nell'ambito del Programma di interventi in favore dei malati di Alzheimer dell'Ambito territoriale della RM H (Deliberazione di Giunta Regionale n. 504 del 17/10/2012).

Pertanto intendo avvalermi dell'opportunità di qualificazione professionale offerta nell'ambito del suddetto progetto per la sig./ra, nata/o a(.....) il e residente ad (.....) in Via n. Codice Fiscale

Luogo e data

Il dichiarante

Allegato: Copia documento d'identità