

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETÀ*(articolo 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445)***PERSONALE REGOLARMENTE CONTRATTUALIZZATO PER IL CONTRIBUTO “GRAVE DISABILITÀ” ANNO 2025**

Il sottoscritto/a:

Nata/o a:	_____	In data:	_____
Residente a:	_____	CAP:	_____
Indirizzo:	_____ N. _____		
Codice fiscale	_____		

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR

DICHIARA

in qualità di:

☐ Persona interessata

Ovvero, in qualità di:

☐ Genitore o esercente la potestà genitoriale☐ Amministratore di Sostegno☐ Curatore/Curatore speciale☐ Tutore

Di:

Cognome:	_____	Nome:	_____
Nata/o a:	_____	In data:	_____
Codice fiscale:	_____		

che, relativamente al personale regolarmente contrattualizzato, di cui all'articolo 10 del presente avviso, l'erogazione del servizio è consistita in prestazioni lavorative di assistenza personale in favore della persona beneficiaria sopra riportata.

*Luogo*_____
*Data***La/il dichiarante**

Si informa che i dati sono trattati nel rispetto del Codice della Privacy e s.m.i. e del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), come meglio specificato nell'informativa visionabile al sito aziendale della Azienda USL Umbria 1:
<http://www.uslumbria1.gov.it/pagine/privacy>.

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 la dichiarazione è corredata della copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità del dichiarante.