UNIONE DEI COMUNI "MONTAGNA MARSICANA" – ADS N.2 MARSICA
MODELLO DI DOMANDA PER "FONDO FAMIGLIA ANNUALITÀ 2021"

AZIONE 1 – BUONI SERVIZIO

MODELLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ (ART.47 D.P.R. del 28 DICEMBRE 2000 n.445) II/La sottoscritto/a _____ nato/a a______, (______, il ________, residente a _______n. _____n. _____n. _____n. Documento di riconoscimento: Tipologia ______, Numero _____, rilasciato da _____, in data _____, Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__| Telefono: ______, E-mail: ______, IBAN: |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (su IBAN libretto postale non è possibile ricevere il versamento) Documenti da allegare alla domanda, pena inammissibilità: - COPIA DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO (FRONTE - RETRO) in corso di validità - COPIA ATTESTAZIONE ISEE in corso di validità - COPIA DI ISCRIZIONE DEL MINORE presso asilo nido o servizi integrativi al nido - RENDICONTAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE (relative ai servizi di cui all'avviso) Ai sensi e per gli effetti dell'art.76 D.P.R. n.445/2000, consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, **DICHIARA** in qualità di 🗆 Madre 🗅 Padre del/della minore ______, nato/a a_____, (_____, il _____ Di aver preso esatta conoscenza dell'avviso AZIONE 1, BUONI SERVIZIO; Di NON aver fatto richiesta degli altri interventi dell'avviso; Di aver esaminato e di accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le disposizioni generali e particolari contenute nell'avviso; Di obbligarsi ad allegare le ricevute delle spese sostenute conformi all'avviso a pena di esclusione; Di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lsq.196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa: Firma del Dichiarante Luogo e data