

DICHIARAZIONE

ALLEGATO B

(a cura del luogo di riabilitazione/socializzazione)

MODULO DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI RIMBORSO DI TRASPORTO PER PERSONE DISABILI

Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale _____ Nato/a il (gg/mm/aaaa) _____
a _____ Prov. (____)
Residente in Grugliasco, Indirizzo _____
Tel. _____ Cell. _____

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle conseguenze penali derivanti da dichiarazioni mendaci, che:

Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale _____ Nato/a il (gg/mm/aaaa) _____
a _____ residente in _____
Indirizzo _____

svolge/partecipa alle attività di riabilitazione/socializzazione presso questa struttura.

Data (gg/mm/aaaa) _____ FIRMA _____

(Autenticata ai sensi del DPR 28.12.2000, n. 445)

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che il competente Servizio Welfare del Comune di Grugliasco può utilizzare i dati contenuti nella presente richiesta esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196, art. 18 "Codice in materia di protezione dei dati personali").

Data (gg/mm/aaaa) _____ FIRMA _____