

FSC

Fondo per lo Sviluppo
e la Coesione



Regione Toscana



ALLEGATO 4 al Decreto del Direttore F.F SdS Lunigiana n. 133 del 12/11/2021

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Concernenti fatti, stati o qualità personali anche relativi al altri soggetti di cui l'interessato abbia diretta
conoscenza

(Art. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DA PRESENTARE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI.

Il/la sottoscritto/a _____ nato a

_____ (____) il _____ residente a

_____ (____) in

via _____ n. _____

In qualità di:

- ☐ Beneficiario del buono servizio
☐ caregiver del titolare del Buono servizio
☐ tutore /amministratore del titolare del Buono servizio

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, ad integrazione della propria domanda di iscrizione
al POR FSE

DICHIARA

Che nel periodo di validità del Buono servizio è stato ricoverato dal _____ al

N.B: contrassegnare con una X la casella corrispondente.

Dichiaro di essere informato , ai sensi e per gli effetti di cui al D.lgs. 196/2003 e s.m.i che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

.....
(luogo, data)

Il Dichiarante

.....

Allegare copia di documento di identità in corso di validità