



COMUNE DI ARZACHENA

Provincia di Sassari

Zona Omogenea Olbia – Tempio

Via Crispi,1 tel. 0789/849480-485- fax 0789/849416

Al Dirigente del Settore
Affari Generali, Personale e Servizi Sociali

**OGGETTO: SOGGIORNO PER DISABILI IN TRENTINO ANNO 2019.
DICHIARAZIONE ACCOMPAGNATORE.**

___ I ___ sottoscritt_____

Nat ___ a _____ il _____

e residente a _____ in via _____ n° _____

 _____ e-mail _____

DICHIARA

- di essere disponibile come accompagnatore del/la Sig./ra _____ per il soggiorno in oggetto e per tutta la durata dello stesso;
- di provvedere alla cura, se necessario, anche all'igiene personale e alla vigilanza della persona affidata sia durante il viaggio che durante la permanenza;
- di impegnarsi alla risoluzione di eventuali problemi di natura pratica in collaborazione con le assistenti capogruppo;
- di assumersi la piena responsabilità per qualsiasi negligenza e/o imprudenza che possa arrecare danno alla persona affidata.

Arzachena, lì _____

Il/La Richiedente

Dichiara

l'indicazione di eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i responsabili di settore e i dipendenti dell'amministrazione,

- l'assenza di conflitto di interesse ai sensi degli artt. 6-7 del D.P.R. n° 62/2013;
- la presenza del conflitto di interesse specificare: _____

Il/la Dichiarante _____