



Comune di Arzachena

Provincia di Sassari Zona Omogenea Olbia - Tempio

SETTORE AFFARI GENERALI, PERSONALE E SERVIZI SOCIALI

(tel. 0789/849480 – e-mail: chiarolla.sara@comarzachena.it)

Domanda di partecipazione soggiorno disabili anno 2019

Il/La Sottoscritto/a

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Tel _____ C.F. _____

CHIEDE

Di partecipare al Soggiorno Disabili anno 2019

Organizzato dal Comune di Arzachena **in Trentino nel periodo compreso dal 22 al 29 settembre 2019** impegnandosi a contribuire al costo del servizio in percentuale al reddito annuo posseduto e secondo i parametri previsti dalle fasce di contribuzione ai sensi della normativa vigente.

Arzachena, li _____

Il/La Richiedente

Allega i seguenti documenti :

- ✓ Fotocopia di valido documento di riconoscimento;
- ✓ Certificato I.S.E.E. ORDINARIO anno 2019;
- ✓ Certificazione attestante la disabilità la cui percentuale non sia inferiore al 75%
- ✓ Certificazione attestante l'indennità di accompagnamento;
- ✓ Dichiarazione dell'accompagnatore.

Il responsabile del trattamento dei dati: Dirigente del 1° settore Dott.ssa Piera Mureddu.

Per ulteriori informazioni è possibile rivolgersi all'Assistente Sociale Dott.ssa Sara Chiarolla tel. 0789/849480.

Arzachena, li _____

Il/La Richiedente



Comune di Arzachena

Provincia di Sassari Zona Omogenea Olbia - Tempio

SETTORE AFFARI GENERALI, PERSONALE E SERVIZI SOCIALI

(tel. 0789/849480 – e-mail: chiarolla.sara@comarzachena.it)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente ad Arzachena Via _____ n. _____

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

che la propria famiglia è così composta:

Cognome e Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Rapporto con il dichiarante (moglie, marito, figlio ecc.)

-che l'indicatore della situazione economica equivalente, di cui all'attestazione ISEE con validità fino al _____, è pari ad € _____

N.B.

I DATI SU RICHIESTI SONO DA ESTRAPOLARSI DALL'ATTESTAZIONE ISEE ALLEGATA.

Dichiara, altresì, che quanto sopra indicato corrisponde a verità e di essere a conoscenza che il Comune di Arzachena potrà accertarne la veridicità ai sensi di quanto previsto all'art. 71 del DPR 445/2000.

Data

Firma del dichiarante



Comune di Arzachena

Provincia di Sassari Zona Omogenea Olbia - Tempio

SETTORE AFFARI GENERALI, PERSONALE E SERVIZI SOCIALI

(tel. 0789/849480 – e-mail: chiarolla.sara@comarzachena.it)

Il sottoscritto _____

CHIEDE

di partecipare al soggiorno disabili nella località: TRENTINO;

di usufruire della seguente sistemazione alberghiera.

o Camera doppia con _____

o Camera tripla con _____

Firma

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 _____