

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
(Ai sensi Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e ss.mm.ii.)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
(____) il _____ residente a _____ (____) in Via _____
_____ n. _____ genitore/tutore dell'alunno/a _____
frequentante la classe _____ sezione _____ dell'istituto _____ sito in _____;

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

DICHIARA

che l'operatore ASACOM _____ della Cooperativa _____ nel periodo dal _____ al _____, ha svolto la propria attività presso il domicilio del proprio figlio/assistito che frequenta le lezioni mediante didattica a distanza come appresso specificato:

PRIMA SETTIMANA

DATA	ATTIVITA' SVOLTE	ORARIO INIZIO	ORARIO FINE	TOT ORE
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	TOTALE ORE SETTIMANALI			

SECONDA SETTIMANA

DATA	ATTIVITA' SVOLTE	ORARIO INIZIO	ORARIO FINE	TOT ORE
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	

	TOTALE ORE SETTIMANALI			

QUARTA SETTIMANA

DATA	ATTIVITA' SVOLTE	ORARIO INIZIO	ORARIO FINE	TOT ORE
	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>	
	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>	
	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>	
	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>	
	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>	
	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>	
	TOTALE ORE SETTIMANALI			

QUINTA SETTIMANA

DATA	ATTIVITA' SVOLTE	ORARIO INIZIO	ORARIO FINE	TOT ORE
	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>	
	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>	
	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>	

	TOTALE ORE SETTIMANALI			

per un totale complessivo di ore _____

A tal fine delega il Settore Servizi Sociale del Libero Consorzio Comunale di Caltanissetta al pagamento delle spettanze dovute alla Cooperativa _____ per il servizio di assistenza erogato, secondo il seguente prospetto (Voucher):

Valore di 1 ora lavoro (IVA comp.) € 20,85 - totale ore _____ - Valore totale € _____

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lsg. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Alla presente si allega copia documento d'identità in corso di validità.

.....

(luogo, data)

Il Dichiarante

.....

Per gli assistiti maggiorenni:

Il sottoscritto nato a il nella qualità di assistito maggiorenne e figlio del suddetto dichiarante, 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, conferma pienamente il contenuto delle suesposte dichiarazioni e indicazioni.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lsg. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Alla presente si allega copia documento d'identità in corso di validità.

.....

(luogo, data)

Il Dichiarante