|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

****

**UFFICIO PER LA PROGRAMMAZIONE**

**E GESTIONE ASSOCIATA DEI SERVIZI ALLA PERSONA**

**Comune Capofila Olbia (SS)**

**Via Capoverde n. 2 - Zona Industriale - c/o Delta Center**

**Tel. 0789/52080 – Fax 0789/52349**

\*\*\*\*\*\*\*\*

Alà dei Sardi – Arzachena – Berchidda – Buddusò – Budoni – Golfo Aranci – La Maddalena – Loiri Porto San Paolo – Monti – Olbia – Oschiri – Padru – Palau – San Teodoro – Sant’Antonio di Gallura – Santa Teresa Gallura – Telti

**AL COMUNE DI PALAU**

**SETTORE SOCIO CULTURALE**

Domanda per l’accesso all’intervento rimborso delle spese per gli esami pre-vaccinali per quei bambini della scuola dell'infanzia, delle sezioni primavera e della scuola primaria - L.R. n .48/2018 art. 8, comma 29

Misure attuative anno 2019

**Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà**

**(artt. 38, 46 e 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)**

Il/La sottoscritta/o\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nata/o a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_)

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono (obbligatorio) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pec\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

di beneficiare del rimborso delle spese per gli esami pre-vaccinali per il bambino

Cognome Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_)

in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A TAL FINE**

consapevole delle conseguenze e responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o in caso di falsità in atti punite dal codice penale e dalle leggi penali in materia (ai sensi degli artt. 75, 76 e 77 del D.P.R. 445/2000) e della conseguente decadenza dei benefici eventualmente conseguiti,

**DICHIARA** (barrare con la x la voce che interessa)

□ di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ che la propria situazione familiare attuale è così composta, come di seguito elencati:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N. | Cognome | Nome | Data di nascita | Luogo  di nascita | Relazione  di parentela |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |

□ di essere cittadina italiana;

□ di essere cittadina dello Stato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ appartenente alla Comunità Europea;

□ di essere cittadina di Paese Terzo, dello Stato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ di essere a conoscenza che il contributo sarà erogato nei limiti delle risorse assegnate al Plus del Distretto di Olbia dalla Regione Autonoma della Sardegna;

**ALLEGA**

□ copia certificazione predisposta dal pediatra;

□ copia del pagamento del ticket per le spese sostenute per la pre-vaccinazione;

□ copia del documento di identità del richiedente in corso di validità;

□ copia del Codice fiscale e del Codice Iban;

Dichiara altresì di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli dal Comune, dal Plus Distretto di Olbia, dalla Guardia di Finanza, dall’Agenzia delle Entrate, dal Ministero delle Finanze e da altri enti erogatori per verificare la veridicità di quanto dichiarato anche mediante la consultazione delle banche dati in loro possesso.

Con la firma posta in calce alla presente si sottoscrive quanto dichiarato.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lì, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma leggibile