

ALLEGATO E

ALL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI
CIVITANOVA MARCHE
PIAZZA XX SETTEMBRE, 93
62012 CIVITANOVA MARCHE

**OGGETTO: DICHIARAZIONE DI SVOLGIMENTO DELL'INTERVENTO A
DOMICILIO DI ASSISTENZA ALL'AUTONOMIA E ALLA COMUNICAZIONE**

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il
residente a
in via n. Cap
Codice fiscale.....
Tel.Cell.email:.....

D I C H I A R A

Ai sensi del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del, sotto la propria personale responsabilità,

di aver svolto l'intervento di assistenza all'autonomia e alla comunicazione in favore di:

.....
nei mesi di
per n. ore
di aver percepito una somma pari a €

Si allega il "Foglio delle presenze" (All. F)

Luogo e data _____

Firma
