

Comune di residenza		Provincia	
<input type="checkbox"/> PORTATORE DI HANDICAP (L. 104/92 Art. 3 comma 1 – 3)			

CHIEDE

L'iscrizione alle attività del Centro di aggregazione disabili "SPAZIO ALLE ABILITÀ" per se o per il proprio figlio minore;

A tal fine il sottoscritto, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, è **consapevole che la presente istanza può essere sottoposta a controllo da parte dell'Amministrazione nonché delle conseguenze, anche penali, in caso di dichiarazioni mendaci.**

DICHIARA

- A) Di aver preso visione delle condizioni dell'Avviso e dei requisiti richiesti;
- B) Di impegnarsi tempestivamente a comunicare all'ufficio di Servizi Sociali Professionale del Comune di Francofonte l'eventuale rinuncia e/o interruzione della frequenza delle attività del progetto, per sopravvenuti impedimenti;

Si allegano:

- **copia del documento di riconoscimento del dichiarante e del partecipante al centro;**
- **copia del verbale di invalidità del partecipante al centro.**

Francofonte _____

FIRMA

Dichiaro inoltre di prendere atto che il Comune si riserva la facoltà di disporre gli opportuni CONTROLLI in ordine alle dichiarazioni rese dagli interessati, procedendo laddove fosse accertata una dichiarazione falsa e mendace, alla conseguente denuncia ai sensi della normativa vigente.

Francofonte _____

FIRMA
