

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

[illegible]

Il sottoscritto, inoltre,

COMUNICA

che, al fine di favorire la buona riuscita dell'iniziativa, sono stati individuati i seguenti accompagnatori volontari/familiari:

Nome	Cognome	Luogo e data di nascita	Codice Fiscale	Residenza	Recapito

ALLEGA

- Carta di identità in corso di validità del partecipante e del proprio accompagnatore
- Certificazione di disabilità ai sensi L.104/1992 o L.102/2009 di ogni partecipante

In merito alla consegna della certificazione di invalidità si precisa che per i partecipanti alle edizioni precedenti, qualora la stessa certificazione non necessiti di revisione da parte della Commissione Medica ASL, l'ufficio potrà avvalersi di quella già depositata.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilite dal DPR n. 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità che quanto sopra affermato corrisponde al vero.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 196/2003 e s.m.i. "Codice in materia di protezione dei dati personali", che i dati personali rilasciati saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento inerente la presente istanza.

Polignano a Mare, _____

IL DICHIARANTE
