|  |
| --- |
| **TIPOLOGIA VOUCHER** (es. 1.a – 1.b ecc) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **QUANTITÀ** (es. 1,2,3 ecc) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **MESE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ANNO ­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**AUTODICHIARAZIONE ATTESTANTE LA FRUIZIONE DEL BENEFICIO**

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. n. 445/2000

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_

In qualità di Titolare della Misura RdC (intestatario della carta)

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445

**Dichiara**

Che il proprio nucleo familiare ha beneficato del/i suddetto/i voucher erogato/i dal PLUS di Oristano e finanziato/i con le risorse della Quota Servizi Fondo Povertà Annualità 2018 – CUP: H31E18000370001 (riferito unicamente al *Sostegno socio-educativo domiciliare o territoriale) e/o*

Annualità 2020 – CUP: H31B20000950001

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Dichiarante / i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N.B.: La dichiarazione deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di documento di identità del sottoscrittore.