

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. 445/2000)

IO sottoscritto/a nato/aa prov.....
il....., residente a SALUGGIA (VC) documento di Identità n.
emesso il da,
consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito
dall'art. 76, nonché da quanto previsto dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000;

DICHIARO

di essere residente nel Comune di Saluggia (VC), Vian.....
di essere residente in struttura privata da almeno tre anni
di essere invalido con impossibilità di deambulare senza l'aiuto di accompagnatore
di non essere invalido, ma attualmente impossibilitato a deambulare in modo temporaneo per
.....
che il reddito ISEE dell'intero nucleo familiare, relativo all'anno è di €
(inferiore di € 15.000,00)

RICHIEDO

alla delegazione di Saluggia (VC) della Croce Rossa Italiana il servizio di trasporto con mezzo idoneo
come da dettagli riportati nel documento in allegato.

Data, _____

Il dichiarante richiedente _____

N.B. L'autenticazione della sottoscrizione è soppressa se la stessa viene apposta in presenza del dipendente addetto, incaricato a riceverla. Nel caso in cui la presente dichiarazione di responsabilità venga inviata a mezzo posta, occorre allegare copia fotostatica di un documento di riconoscimento del dichiarante. Nel caso si tratti di disabile intellettivo o minorato psichico, deve essere allegato un certificato medico. La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta da pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante.

Il Comune di Saluggia autorizza il dichiarante/richiedente a beneficiare degli accordi previsti nella convenzione stipulata con la Croce Rossa Italiana, delegazione di Saluggia per un numero massimo di 10 servizi all'anno pro-capite se i fondi che finanziano il progetto NON SONO ESAURITI

Visto e timbro _____

Data, _____

Da compilarsi a cura della Croce Rossa Italiana delegazione di Saluggia

Il servizio di trasporto del dichiarante/richiedente, firmatario della presente, è stato effettuato, dalla Croce Rossa Italiana delegazione di Saluggia come da dettagli riportati nel documento in allegato.

Tale prestazione non rientra tra quelle rimborsate alla C.R.I. dal Servizio Sanitario Nazionale o da altri Enti.

Data, _____

Croce Rossa Italiana – Delegazione di Saluggia

**Questo documento deve essere utilizzato per richieste di più servizi
 fino ad un massimo di 10 servizi all'anno pro-capite
 SE I FONDI CHE FINANZIANO IL PROGETTO NON SONO ESAURITI**

Richiesta da compilare a cura del dichiarante/richiedente						
Nr corse	Data richiesta	Da	A	Struttura	Per visita	Per ricovero
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Da compilarsi a cura della Croce Rossa Italiana delegazione di Saluggia						
Nr corse	Data servizio	Dalle ore	Alle ore	Da	A	Tariffa della prestazione effettuata
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						



Questo documento deve essere utilizzato per richieste di servizi singoli, fino ad un massimo di 10 servizi all'anno pro-capite SE I FONDI CHE FINANZIANO IL PROGETTO NON SONO ESAURITI

Richiesta da compilare a cura del dichiarante/richiedente					
Data richiesta	Da	A	Struttura	Per visita	Per ricovero

Da compilarsi a cura della Croce Rossa Italiana delegazione di Saluggia					
Data servizio	Dalle ore	Alle ore	Da	A	Tariffa della prestazione effettuata

