

ELENCO UTENTI SFA

Class. 2.7.05

Sistema Socio Sanitario

ATS Milano
Città Metropolitana

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 - art. 47

Il/La sottoscritto/a, nato/a a Prov (.....), il/...../..... C.F. residente nel Comune di (Prov.) in Via/Piazza n, in qualità di:

- Legale Rappresentante del Soggetto Gestore (specificare denominazione ragione sociale)
- Sindaco del Comune di
- Dirigente Responsabile

per l'UdO **SERVIZIO DI FORMAZIONE ALL'AUTONOMIA** denominata "....." sita nel Comune di in Via/P.za n consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 DICHIARA l'elenco degli ospiti inseriti presso l'UdO per l'anno educativo 20...../20.....:

n.	Nome e Cognome	Data di nascita	Data di inserimento nel servizio	Modulo SFA (Formativo - Consolidamento-Monitoraggio)	Specificare giorni attività in sede SFA (es. giovedì)	Dalle ore Alle ore	Specificare giorni attività esterne (es. lunedì, venerdì)	Dalle ore Alle ore
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								

Data di compilazione

.....

Firma per esteso del dichiarante

.....

Allegare copia di un documento d'identità del dichiarante in corso di validità.

LEGENDA: 1) Se un utente esce ad orari diversi per alcuni giorni della settimana è necessario compilare più righe; 2) Se fosse necessario compilare più righe di quelle disponibili nel modello, compilare più modelli tutti firmati dal dichiarante.