



COMUNE DI SIAMAGGIORE

(Provincia di Oristano)

Via San Costantino n° 2
09070 SIAMAGGIORE (OR)

protocollo@comune.siamaggiore.or.it

Tel. 0783-34411
Fax 0783-3441220

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

PROGRAMMA REGIONALE “MI PRENDO CURA”
DI CUI ALLA D.G.R. 10/28 DEL 16.03.2023
ANNO 2024

DICHIARAZIONE SPESE SOSTENUTE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
(Prov.____) il ____/____/____ C.F.____ residente a _____
____ (Prov.____) in Via _____ n.____ telefono
_____ cellulare _____ e-mail _____

In qualità di

- beneficiario
- coniuge
- figlio
- tutore legale
- amministratore di sostegno
- altro _____

del Sig./ra _____ nato/a a _____ (Prov.____) il
____/____/____ C.F.____ residente a _____
(Prov.____) in Via _____ n.____ telefono _____
cellulare _____ e-mail _____

Consapevole che, ai sensi dell'art. art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm., la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 77 del medesimo D.P.R. n.445/2000 in merito alla decadenza;

in riferimento alla RICHIESTA ACCESSO AL PROGRAMMA REGIONALE “MI PRENDO CURA” DI CUI ALLA D.G.R. n° 10/28 DEL 16.03.2023 ANNO 2024, prot. n° _____ del _____

