

Riservato all'ufficio: certificato medico

Turno:

**RICHIESTA PARTECIPAZIONE CORSO GINNASTICA DOLCE PER ANZIANI
ANNO 2015/ 2016
AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000**

**AL SIG. SINDACO
DEL COMUNE DI ELMAS**

PREGASI COMPILARE IN STAMPATELLO

DATI RELATIVI AL PARTECIPANTE

COGNOME _____ NOME _____
nato a _____ il _____ età _____ residente a Elmas in Via
_____ n° _____ Tel. _____

Il sottoscritto _____ chiede di poter partecipare al corso di ginnastica dolce per anziani organizzato dal Servizio Sociale del Comune.

DICHIARA:

- ❖ di essere consapevole che il corso è rivolto a un numero massimo di **100 partecipanti**, che abbiano compiuto 55 anni le donne e 60 anni gli uomini, suddivisi in tre gruppi, per un'ora di lezione, nei giorni di lunedì, mercoledì e venerdì da tenersi presso la **Scuola Primaria di Via Buscaglia**
- ❖ **di allegare il certificato medico* dal quale risulta lo stato di buona salute personale per la ginnastica dolce;**
- ❖ **di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ufficio, l'eventuale rinuncia alla frequenza del corso;**
- ❖ di compartecipare al costo del servizio, secondo quanto stabilito dal Consiglio Comunale con l'approvazione del Regolamento dei servizi socio assistenziali, aggiornato dalla Regione Autonoma della Sardegna per l'anno 2012, come indicato nella tabella sotto riportata:

Fascia	reddito n.1 comp.	reddito n.2 comp.	reddito n.3 comp.	reddito n.4 comp.	reddito n.5 comp.	reddito n.6 comp.	reddito n.7 comp.	Contrib. Utenza €
1	€ 4.407,18	€ 6.295,64	€ 8.184,78	€ 10.073,58	€ 11.647,58	€ 12.906,75	€ 13.851,18	0

Superati gli importi sopraindicati corrispondenti al minimo vitale, gli utenti contribuiranno con € 10,00 mensili e la ricevuta di avvenuto pagamento dovrà essere consegnata, **rigorosamente**, pena l'esclusione dal corso, entro e non oltre una settimana dall'inizio di ogni mese all'Ufficio Servizi Sociali.

❖ **di essere a conoscenza che l'assenza dall'attività per malattia o per qualunque altro impedimento temporaneo, non esonera dalla compartecipazione al costo del servizio come sopra indicato.**

Il versamento deve essere effettuato sul conto corrente postale numero 17433095 intestato al Comune di Elmas – Servizio Tesoreria, indicando nella causale del versamento: “Contribuzione costo ginnastica dolce, nome, cognome e mese di riferimento”.

A tale scopo dichiara ai sensi del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze derivanti da falsa dichiarazione(**) :

1. Che la propria famiglia, **così come risultante dallo stato di famiglia anagrafico**, è composta da n° _____ persone, come meglio evidenziato nella successiva tabella;
2. **Di aver percepito, per l'anno 2014 un reddito complessivo lordo del nucleo familiare di € _____ e/o di non aver reddito per i seguenti motivi:**

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE:

RISULTANTE DALLO STATO DI FAMIGLIA ANAGRAFICO

	Cognome e nome	Parentela col capofam	Luogo e data di nascita	Reddito Lordo 2014	Codice Fiscale
1					
2					
3					
4					
5					

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui alla legge n°196/2003, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per la quale la presente dichiarazione viene resa.

(*) Ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 10, i certificati medici non sono sostituibili da altri documenti:

(**) Ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, saranno eseguiti controlli sul contenuto delle dichiarazioni sostitutive di certificazione; le false dichiarazioni saranno punite ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 del D.P.R. 445/2000).

Elmas, 14/09/2015

Firma

L'ufficio rimane a disposizione per eventuali chiarimenti in merito, anche telefonici ai seguenti numeri: 070/2192239 – 070/2192226 – 070/2192210 – 070/2192240.