

All.to n. 5 (da compilare e allegare per la condizione di punteggio di cui al punto C.2.2 – C.2.3 – C.2.4)

DICHIARAZIONE ATTO DI NOTORIETA'
ai sensi dell'art. 47 del T.U. n. 445/2000

Il/La sottoscritto/a richiedente la mobilità _____, nato/a a _____, C.F. _____, residente in _____, alla via _____, n. _____, consapevole della responsabilità penale cui può incorrere in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 D.P.R. 445/2000,

PREMESSO

di avere necessità di avvicinamento alla residenza di nuclei familiari di persone legate da vincoli di parentela e/o affinità in quanto:

- trovasi, egli stesso e/o altro componente del proprio nucleo familiare, nella condizione di cui al punto C.2.2. del Bando di mobilità;
- trovasi, egli stesso e/o altro componente del proprio nucleo familiare, nella condizione di cui al punto C.2.3. del Bando di mobilità;
- trovasi, un componente del proprio nucleo familiare, nella condizione di cui al punto C.2.4. del Bando di mobilità;

DICHIARA

che il/i soggetto/i che possa/ano prestare assistenza/supportare il nucleo del sottoscritto richiedente la mobilità è/sono soltanto il/i seguente/e:

- nome e cognome _____, nato/a _____, C.F. _____, residente in _____, alla via _____, n. _____;

- nome e cognome _____, nato/a a _____, C.F. _____, residente in _____, alla via _____, n. _____,

per la sotto indicata motivazione:

Bari, _____

Il/la Dichiarante

Il/i soggetto/i sopraindicato/i quale/i idoneo/i a prestare assistenza, esprime/ono il proprio consenso affinché i dati personali forniti con la presente dichiarazione possano essere trattati, nel rispetto del d.lgs. n. 196/2003 e successivo Regolamento Europeo n. 2016/679 attuato dal d.lgs. n. 101/2018, per gli adempimenti connessi alla finalità per la quale sono stati acquisiti.

Si allega copia del documento di identità n. _____, del prestatore di assistenza, rilasciato da _____ il _____ e _____ il _____, in corso di validità.

Si allega copia del documento di identità n. _____, del prestatore di assistenza, rilasciato da _____ il _____ e _____ il _____, in corso di validità.

Bari, _____

Il/i prestatore/i di assistenza
