



Allegato 4

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
(art. 19 e art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)**

Attenzione: la presente dichiarazione deve essere resa qualora nel contratto di lavoro non risulti specificato l'orario settimanale e mensile della prestazione lavorativa.

La/Il sottoscritta/o
C.F. nata/o a
(...)il e residente a (...) in via
..... n.

consapevole della responsabilità penale e delle conseguenti sanzioni cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso di atti falsi, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti in seguito a provvedimenti emessi sulla base di dichiarazioni non veritiere, così come previsto dall'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA:

che il monte ore del contratto di lavoro stipulato con il sig/la sig.ra. _____,
CF _____

contrattualizzato come convivente con il soggetto disabile (garantendo ai fini della sovvenzione, un numero di ore settimanali obbligatoriamente uguali/maggiore a n. 33 settimanali e n. 143 mensili)

contrattualizzato come non convivente con il soggetto disabile (garantendo, ai fini della sovvenzione, un numero di ore settimanali obbligatoriamente uguale/maggiore a n. 24 settimanali e n. 104 mensili)

è pari a n. _____ ore settimanali e n. _____ ore mensili, secondo la seguente articolazione oraria (a titolo esemplificativo: dalle ore 9:00 alle ore 12:00, dalle ore 16:00 alle ore 18:00):

- Lunedì _____;
- Martedì _____;
- Mercoledì _____;



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO WELFARE

SEZIONE BENESSERE SOCIALE, INNOVAZIONE E SUSSIDIARIETÀ

- *Giovedì* _____;
- *Venerdì* _____;
- *Sabato* _____;
- *Domenica* _____;

_____, li _____

Il Dichiarante

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 38, del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i., la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in formato digitale ovvero in forma olografa con allegata copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.