

Riservato all'ufficio: certificato medico

**RICHIESTA PARTECIPAZIONE CORSO GINNASTICA DOLCE PER ANZIANI  
DA OTTOBRE A DICEMBRE 2013  
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\* (pena l'esclusione) 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:

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

Superati gli importi sopraindicati corrispondenti al minimo vitale, gli utenti contribuiranno con € **10,00** mensili;

- ❖ *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”.

La ricevuta di versamento dovrà essere consegnata all’ufficio Servizi Sociali. 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 2012, 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 2003 | Codice Fiscale |
|---|----------------|-----------------------|-------------------------|--------------------|----------------|
| 1 |                |                       |                         |                    |                |
|   |                |                       |                         |                    |                |
| 2 |                |                       |                         |                    |                |
|   |                |                       |                         |                    |                |
| 3 |                |                       |                         |                    |                |
|   |                |                       |                         |                    |                |
| 4 |                |                       |                         |                    |                |
|   |                |                       |                         |                    |                |
| 5 |                |                       |                         |                    |                |
|   |                |                       |                         |                    |                |
|   |                |                       |                         |                    |                |

Ai sensi del Decreto Lgs.196 del 2003 – (Codice in materia di protezione dei dati personali), i dati forniti, verranno trattati per le sole finalità di cui all’oggetto della presente richiesta.

(\*) 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, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

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