

Alla Regione Marche  
Servizio Politiche Sociali e Sport  
Ufficio Regionale del Servizio civile

PEC: regione.marche.serviziocivile@emarche.it

### Certificazione di regolarità delle presenze mensili

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'  
(Art. 47, d.p.r. 28 dicembre 2000, n.445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
residente in VIA \_\_\_\_\_ in qualità di referente/responsabile dell'ente  
\_\_\_\_\_, con codice di accreditamento RM/SU \_\_\_\_\_;

#### DICHIARA

sotto la propria responsabilità e a conoscenza delle sanzioni previste dall'art 76 del d.p.r. 28/12/2000 n. 445  
in caso di dichiarazioni mendaci,

CHE NEL MESE DI \_\_\_\_\_ ANNO \_\_\_\_\_

nell'ambito del **Programma Nuova Garanzia Giovani** (DGR 255 del 11/03/2019), e nello specifico,  
relativamente alle *Misura 6 - Servizio Civile*, progetto/intervento/i \_\_\_\_\_  
approvato con DD n. \_\_\_\_\_/SPO/2020:

- **gli operatori volontari** (n. X), indicati di seguito, hanno regolarmente svolto l'attività di servizio civile regionale prevista nel progetto/intervento, pertanto per gli stessi operatori volontari **si certifica la regolare esecuzione del periodo** di servizio civile e si richiede di provvedere all'erogazione delle indennità come specificato di seguito:

N.	COGNOME	NOME	Codice Fiscale	IMPORTO
				€ 439,50
				€ 439,50
				€ 439,50
				€ 439,50
	TOTALE			xxx.xxx,xx

- (**inserire descrizione solo se presenti**) **gli operatori volontari**, indicati di seguito, hanno fruito nel mese di riferimento della  malattia non retribuita/ maternità, per cui è prevista una decurtazione, come specificato di seguito:

N.	COGNOME	NOME	Codice Fiscale	N. giorni	IMPORTO
					*
	TOTALE				xxx.xxx,xx

\* L'importo effettivo viene determinato previa consultazione dell'ufficio regionale competente.

Firma digitale del di referente/responsabile legale dell'ente

Luogo, data \_\_\_\_\_