

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Codice Fiscale _____

In qualità di ☐ familiare ☐ tutore ☐ amministratore di sostegno ☐ altro _____

del sig./sig.ra _____

Nato/a _____ il _____

Codice Fiscale _____

Residente nel Comune di Roma, in

Piazza/Via _____ n. _____ CAP _____

Domiciliato nel Comune di Roma, in

Piazza/Via _____ n. _____ CAP _____

Tel. _____ Cell. _____ Mail _____

- Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci;
- sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che il beneficiario non si trova ricoverato/a, a tempo indeterminato, in una struttura residenziale o semiresidenziale;

 che l'utente non è beneficiario di servizi e prestazioni sociali e socio –sanitari;


oppure:

 che l'utente è beneficiario di servizi e prestazioni sociali e socio-sanitari di seguito indicati :

 Centri diurni riabilitativi, ex art. 26;

 Home Care Premium;

 Servizi di assistenza domiciliare (SAISA – SAISH);

 Altro (specificare)

Data _____ / _____ / _____

firma

Ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata allegando copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore all'Ufficio competente, via posta elettronica certificata o tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.