

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Codice Fiscale _____

In qualità di _____

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

- di non trovarsi ricoverato/a, a tempo indeterminato, in una struttura residenziale o semiresidenziale;

di non essere beneficiario di servizi e prestazioni sociali e socio –sanitari;

oppure:

di essere 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.