

**AUTOCERTIFICAZIONE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
In qualità di \_\_\_\_\_

Residente nel Comune di Roma, in

Piazza/Viale/Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

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

**DICHIARA**

che la persona affetta da disabilità gravissima non è ricoverato/a, a tempo indeterminato, in una struttura di tipo residenziale.

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 copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore all'Ufficio competente, via posta elettronica certificata, tramite un incaricato, a mezzo posta e via mail.

Tale dichiarazione può essere sottoscritta direttamente dalla persona con disabilità gravissima, dal Rappresentante Legale, Tutore o Amministratore di Sostegno, dal Caregiver ai sensi della DGR 341/2021, Referente familiare.