

**AUTOCERTIFICAZIONE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/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 medesimo D.P.R. n.445/2000, in caso dichiarazioni mendaci;
- sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

- di non essere 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.