



Distretto socio sanitario RM 5.2

Ufficio del Piano di zona

ALLEGATO 5

AUTOCERTIFICAZIONE DI NON RICOVERO

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a (*cognome*) _____ (*nome*) _____
nato/a a _____ prov. (____) il _____
Codice fiscale _____
residente nel Comune di _____ prov. (____)
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ telefono _____
domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di _____ prov. (____)
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ telefono _____

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D. Lgs. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.

DICHIARA

che il sig./la sig.ra:
(*cognome*) _____ (*nome*) _____
nato/a a _____ prov. (____) il _____
Codice fiscale _____
residente nel Comune di _____ prov. (____)
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ telefono _____

affetta da disabilità gravissima non è ricoverata, a tempo indeterminato, presso una struttura residenziale o semiresidenziale;

Luogo e data, _____

Firma
