



**PAGUS**

**Consorzio intercomunale dei Servizi Sociali  
Distretto RM5.2**

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

\_\_\_\_\_