



**Consorzio intercomunale dei Servizi Sociali
Distretto RM 5.2**

Allegato 4-
Modulo di autocertificazione di non ricovero - Disabilità gravissima

al PUA: pua.guidonia@pec.aslroma5.it

AUTOCERTIFICAZIONE DI NON RICOVERO

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 o non autosufficiente ad alto bisogno assistenziale **non è ricoverata**, a tempo indeterminato, presso una struttura residenziale o semiresidenziale.

Luogo e data, _____

Firma
