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 ……

Pagus Consorzio Intercomunale Dei Servizi Sociali Distretto Rm 5.2 0000859 del 11-06-2026 - partenza

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

_____

Pagus Consorzio Intercomunale Dei Servizi Sociali - Ente Strumentale Rm6 - 0632455 - prot. 0000859 del 11-06-2026 - partenza