



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLA NECESSITA' DI ASSISTENZA (artt. 38 e 47, D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a a ..... il ..... con residenza nel Comune di ....., via ....., n. .... consapevole della penale responsabilità, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, di cui all'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

a) che il/la sig./sig.ra ....., residente nel comune di ....., in via ....., n. ...., Cap. .... e nato a ..... il ....., in qualità di ..... (indicare il rapporto di parentela o convivenza) del/della sottoscrittore/sottoscrittrice della presente dichiarazione, come attestato dalla certificazione medica allegata alla presente dichiarazione, è disabile medio / grave / persona non autosufficiente / invalido civile oltre al 33% (barrare le voci che non interessano)

b) che il/la sig./sig.ra ....., residente nel comune di ....., in via ....., n. ...., Cap. .... e nato a ..... il ....., in qualità di ..... (indicare il rapporto di parentela o convivenza) del/della sottoscrittore/sottoscrittrice della presente dichiarazione, è una persona anziana bisognosa di assistenza con età superiore ad anni 75, per i seguenti motivi:

.....
.....
.....
.....
.....

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

- o (solo nel caso a) Allego certificazione medica in corso di validità, rilasciata ai sensi della normativa vigente.

Allego un documento d'identità del sottoscrittore, in corso di validità.

..... (luogo e data)

..... IL/LA DICHIARANTE (firma per esteso e leggibile)