

# ROMA



Municipio Roma XIV Monte Mario  
Direzione Socio Educativa  
Ufficio Amministrativo Servizi alla Disabilità

DISABILITA' GRAVISSIMA  
AUTOCERTIFICAZIONE SU EVENTUALI SITUAZIONI DI RICOVERO  
Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio  
(Art. 46 D.P.R.445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_, PEC \_\_\_\_\_  
Mail \_\_\_\_\_ in qualità di:

- sé medesimo
- familiare
- tutore
- amministratore di sostegno
- altro (specificare) \_\_\_\_\_ del Sig/Sig.ra:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
Residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
Mail \_\_\_\_\_

Consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art.46 D.P.R. n. 445/2000

### DICHIARA

Che la persona affetta da disabilità gravissima non è ricoverata a tempo indeterminato presso una struttura residenziale sanitaria, socio sanitaria o socio assistenziale o presso ricoveri di sollievo il cui costo è a totale carico del Fondo Sanitario Regionale.

Roma, \_\_\_\_\_ Firma Dichiarante \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art.38, D.P.R.445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore all'Ufficio competente via posta elettronica certificata o tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.