



**CITTÀ DI GUIDONIA MONTECELIO**  
(CITTÀ METROPOLITANA DI ROMA CAPITALE )  
DISTRETTO SOCIO SANITARIO R.M. 5.2  
UFFICIO DEL PIANO DI ZONA

**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

\_\_\_\_\_