**Allegato n. 3 al *Modello di istanza per Assegno di cura/Contributo di cura***

***per persone affette da disabilità gravissima***

**Distretto Socio-Sanitario RM 5/6**

**INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISABILITA’ GRAVISSIMA**

**(Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e D.G.R. n. 897/2021)**

# AUTOCERTIFICAZIONE DI NON RICOVERO

(ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(cognome e 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

In qualità di:

🞎 Beneficiario dell’istanza per Assegno di cura/Contributo di cura/Potenziamento Assistenza Domiciliare per persone affette da disabilità gravissima;

🞎 Genitore;

🞎 Tutore/Amministratore di sostegno;

🞎 Care giver.

**(COMPILARE SOLO SE L’ALLEGATO E’ PRESENTATO DA PERSONA DIVERSA DAL BENEFICIARIO)**

**richiedente per conto di:**

(*cognome)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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