



AMBITO SOVRADISTRETTUALE DISTRETTI RM 5.1 e 5.2
 Capofila dell'Ambito Comune di Guidonia Montecelio

HOME CARE ALZHEIMER

Programma integrato sovradistrettuale per i malati di Alzheimer e malati con deterioramento cognitivo dovuto alle diverse forme di demenza Alzheimer e non Alzheimer secondo quanto riporta la legge sulle demenze

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA

(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 lo stato di famiglia del beneficiario è il seguente:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

Luogo e data, _____

Firma
