

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

Nato/a a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)

Residente a _____ (_____) in via _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

Codice Fiscale: _____

In qualità di

- ☐ destinatario del piano
- ☐ familiare (ad es. moglie marito figlio/a.....) _____
- ☐ incaricato della tutela
- ☐ titolare della responsabilità genitoriale
- ☐ amministratore di sostegno

della persona destinataria del piano:

Cognome _____ Nome _____ Cod. Fisc. _____

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

- ☐ **Di confermare le informazioni riportate nei punti della Scheda Sociale – Allegato C annualità precedenti, controfirmata anche dal sottoscritto, nello specifico:**

1. Servizi fruiti settimanalmente dal destinatario del piano nel corso del 2025 (ad es. fisioterapia asl...)
2. Carico assistenziale familiare (es. ore frequenza scolastica, ore permesso L. 104/92 fruito dal familiare convivente...)
3. Particolari situazioni di disagio (ad es. disabilità di altri familiari conviventi nucleo familiare...)
4. Composizione del nucleo familiare (ad es. variazioni nello stato di famiglia...)

- ☐ **Di confermare scheda salute anni precedenti;**
- ☐ **Di ravvisare una variazione significativa rispetto alla valutazione delle annualità precedenti e richiede, pertanto, la rivalutazione e l'aggiornamento della scheda sociale;**
- ☐ **Di ravvisare una variazione significativa rispetto alla valutazione delle annualità precedenti e richiede, pertanto, la rivalutazione e l'aggiornamento della scheda salute;**

Dichiaro di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96, i dati personali da me forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo e data)

Il destinatario del piano o l'incaricato della tutela
o titolare della patria potestà o amministratore di sostegno