

**Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà
di chi non sa o non può firmare né dichiarare
(Art. 4 D.P.R. 445 del 28.12.2000)**

La/Il sottoscritto.....
Nato/a il
Residente a.....in via.....
In qualità di familiare di riferimento (specificare il rapporto di parentela).....del destinatario del piano L.162/98:
Nome..... Cognome.....
Nato/a.....il.....
Residente ain Via..... n.....
Che non può firmare né dichiarare perché momentaneamente impedito per ragioni di salute

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

DICHIARA

Di considerare valida la "Scheda Salute" compilata nell'anno precedente in quanto non sono sopraggiunte modifiche nelle condizioni di salute.

Dichiaro di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui del Decreto Legislativo 196/2003, 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.

Tiana_____

Il dichiarante

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza dell'Assistente Sociale del Comune (che ha compilato la Scheda Sociale - Allegato C).