

AUTOCERTIFICAZIONE DEI FAMILIARI

(ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Dati della persona richiedente il SAD

Nome e Cognome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____

Luogo di nascita _____

Residenza _____

Dati dei familiari che dichiarano l'impossibilità a prestare assistenza

Nome e Cognome del familiare	Grado di parentela	Data di nascita	Residenza	Motivo di impossibilità (barrare)
				<input type="checkbox"/> Impegni lavorativi <input type="checkbox"/> Condizioni di salute <input type="checkbox"/> Residenza lontana <input type="checkbox"/> Residenza in un altro comune (specificare quale) _____
				<input type="checkbox"/> Impegni lavorativi <input type="checkbox"/> Condizioni di salute <input type="checkbox"/> Residenza lontana <input type="checkbox"/> Residenza in un altro comune (specificare quale) _____
				<input type="checkbox"/> Impegni lavorativi <input type="checkbox"/> Condizioni di salute <input type="checkbox"/> Residenza lontana <input type="checkbox"/> Residenza in un altro comune (specificare quale) _____
				<input type="checkbox"/> Impegni lavorativi <input type="checkbox"/> Condizioni di salute <input type="checkbox"/> Residenza lontana <input type="checkbox"/> Residenza in un altro comune (specificare quale) _____

Specificare altro:

Dichiarazione

Dichiaro che quanto sopra corrisponde a verità e che la presente dichiarazione è resa **ai fini della richiesta di accesso al Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)**, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 445/2000).

Data di compilazione: ____ / ____ / ____

Firma del richiedente
