



1   sottoscritt\_ dichiara di essere consapevole delle responsabilità e delle conseguenze di natura civile e penale previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 ed è consapevole, altresì, che qualora si accerti la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, decadrà dal beneficio in oggetto.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

**Il Richiedente**

\_\_\_\_\_

**Dichiarazione di consenso:**

Ai sensi ed agli effetti di quanto previsto dalla L.675/96 in tema di tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, dichiaro di essere stato informato di quanto previsto dall'art. 10 L.675/96 e s.m.i., e in relazione a quanto sopra, autorizzo i Comuni del Distretto D18 (Paternò-Belpasso-Ragalna) a trattare, nei limiti e nelle modalità previste dalla Legge, i miei dati personali, compresi quelli sensibili di cui all'art. 22. Resta inteso che i dati in questione non saranno oggetto di comunicazione o diffusione a terzi estranei ai procedimenti di valutazione, controllo ed erogazione.

**In fede**

\_\_\_\_\_

**INTERVENTI E SERVIZI IN FAVORE DEGLI ANZIANI**  
**ASSISTENZA DOMICILIARE**

\*\*\*\*\*

SI CERTIFICA

Che \_l\_ sig. \_\_\_\_\_, nat\_ a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Da me visitato/a in data \_\_\_\_\_

- non è autosufficiente
- è parzialmente autosufficiente
- è autosufficiente.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

IL MEDICO CURANTE

\_\_\_\_\_