

AUTOCERTIFICAZIONE DI RESIDENZA

(Dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il/La sottoscritto/a: _____

nato/a a: _____ Prov.: (____) il ____ / ____ / _____

residente in: _____ Prov.: (____) Via: _____ n. _____

Codice Fiscale _____

In qualità di

- richiedente l'inserimento in Unità d'Offerta gestita dalla Fondazione;
- parente di riferimento / Amministratore di Sostegno del/della richiedente sig./sig.ra:

Sig. / Sig.ra: _____

nato/a a: _____ Prov.: (____) il ____ / ____ / _____

residente in: _____ Prov.: (____) Via: _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità, ai fini dell'inserimento nella/e lista/e d'attesa per l'ingresso nella/e Unità d'Offerta gestite dalla Fondazione Casa di Riposo Ambrosetti Paravicini Onlus per la/e quale/i è stata presentata domanda di inserimento,

DICHIARA

- di essere residente in via continuativa in uno dei Comuni del territorio del Mandamento di Morbegno da oltre 5 anni.
- di essere residente in via continuativa in uno dei Comuni del territorio del Mandamento di Morbegno dal ____ / ____ / _____ (meno di 5 anni).
- di essere residente in uno dei Comuni del territorio della Provincia di Sondrio fuori dal Mandamento di Morbegno.
- di essere residente in uno dei Comuni del territorio dell'A.T.S della Montagna fuori dalla Provincia di Sondrio.
- di essere residente in uno dei Comuni del territorio di Regione Lombardia fuori dall'A.T.S. della Montagna.
- di essere residente in Comune fuori dal territorio di Regione Lombardia.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente alla Fondazione eventuali variazioni di residenza. Lo spostamento di residenza presso strutture sanitarie, sociosanitarie o sociali a fini di assistenza e cura non comporta la perdita della residenza precedente.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato, ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 e D. Lgs. n. 196/2003 (Codice sulla Privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Morbegno, ____ / ____ / _____

IN FEDE
(Firma del dichiarante)

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 e 1342 del c.c., il dichiarante:

1. conferma di conoscere ed accettare espressamente quanto previsto dall'art. 5 "Costituzione delle liste d'attesa" del Regolamento per l'inserimento nelle Unità d'Offerta sociosanitarie gestite dalla Fondazione Casa di Riposo Ambrosetti Paravicini Onlus;
2. è consapevole che lo spostamento nelle priorità delle liste d'attesa a seguito di variazione o acquisizione di anzianità di residenza potrà avvenire solo ed esclusivamente a seguito di nuova autocertificazione depositata agli atti della Fondazione;
3. accetta che ai fini di verifica la Fondazione si riserva la facoltà di richiedere il certificato storico di residenza dell'Utente prima dell'ingresso in struttura.

Morbegno, ____ / ____ / _____

IN FEDE
(Firma del dichiarante)
