

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**( ART. 47 DPR 28 DICEMBRE 2000, N. 445)**

\_1\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e

residente a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di:

- destinatario del piano personalizzato di cui alla L. 162/98;  
 incaricato della tutela/amministratore di sostegno  
 titolare della responsabilità genitoriale  
 familiare ( specificare la relazione di parentela)\_\_\_\_\_

del destinatario del piano personalizzato di cui alla L. 162/98 :

---

(cognome e nome)

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

**DICHIARA** che le informazioni riportate nella scheda salute compilata in data

\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ sono veritiere e che non sono intervenute modifiche nella condizione di salute.

**AUTORIZZA** il Comune di Villaurbana Ufficio Servizio Sociale ad utilizzare la suddetta scheda per la predisposizione del piano personalizzato ai sensi della Legge 162/98 gestione 2024.

Villaurbana, lì \_\_\_\_\_

Firma

---

(Firma del dichiarante)

*Si allega fotocopia del documento di identità del dichiarante*