

Fondazione San Riccardo Pampuri - ETS

Morimondo

**Domanda d'ingresso
nei Mini Alloggi**

FONDAZIONE "San Riccardo Pampuri" ETS
Via Dante, 4 - Morimondo - MI - Tel. 02945405

Fondazione San Riccardo Pampuri ETS

DOCUMENTAZIONE	(Da allegare alla domanda):
-----------------------	------------------------------------

- Certificato di nascita;
- Certificato di residenza;
- Stato di famiglia;
- Fotocopia Tesserino Esenzione ticket;
- Fotocopia Tessera sanitaria;
- Fotocopia verbale invalidità e/o accompagnamento;
- Fotocopia di un documento d'identità (non scaduta);

Fondazione San Riccardo Pampuri ETS

DOMANDA DI AMMISSIONE NEI MINI ALLOGGI

COGNOME E NOME: _____

Nato/a il _____ a _____

Residente in: _____ Prov. _____ Cap _____

Via _____ n° _____

Telefono abitazione: _____ Altro (spec.) _____

M F

Coniugato/a Vedovo/a Libero/a di stato Nubile/Celibe

Figli: N° _____ femmine N° _____ maschi

Codice Fiscale _____

Titolare di pensione: SI NO

Categoria: VO Categoria SO Altro (spec.) _____

N° Libretto: _____ N° Libretto _____ N° Libretto _____

Importo mensile: _____ Importo mensile _____ Importo mensile _____

ESENZIONE TICKET SI NO N° esenzione _____

INVALIDITA' CIVILE RILASCIATA IN DATA: _____

INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO: SI NO (Alleg.verbale visita medica)

PERCENTUALE D'INVALIDITA' RILASCIATA: _____

N° TESSERA SANITARIA A.S.L _____

Medico Curante _____

Indirizzo _____ Tel: _____

Scolarità: licenza elementare licenza media inferiore
 licenza media superiore licenza diploma di laurea
 nessuna altro _____

Vive con: figlio/a figli (a rotazione) da solo con badante

Vive in: monolocale bi e/o trilocale
 condominio con ascensore condominio senza ascensore
 altro (spec) _____

CHIEDE L'INSERIMENTO IN

- ALLOGGIO DOPPIO USO SINGOLO CON PASTI A DOMICILIO
(lavaggio biancheria e pulizia settimanale alloggio inclusi)
- ALLOGGIO DOPPIO USO SINGOLO SENZA PASTI A DOMICILIO
(lavaggio biancheria e pulizia settimanale alloggio inclusi)
- ALLOGGIO DOPPIO CON PASTI A DOMICILIO
(lavaggio biancheria e pulizia settimanale alloggio inclusi)
- ALLOGGIO DOPPIO SENZA PASTI A DOMICILIO
SOLO PER CONIUGI O FAMILIARI
(lavaggio biancheria e pulizia settimanale alloggio inclusi)

1. Nome di chi seguirà in particolare l'Ospite

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Data di nascita _____ Grado di parentela _____

Indirizzo _____

Tel: casa _____ lavoro _____ cell _____ altro _____

2. Nome di chi seguirà in particolare l'Ospite

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Data di nascita _____ Grado di parentela _____

Indirizzo _____

Tel: casa _____ lavoro _____ cell _____ altro _____

Il sottoscritto è a conoscenza delle norme di Regolamento e dichiara di uniformarsi e si obbliga a corrispondere a codesta Fondazione, con decorrenza dalla data di ingresso, la retta mensile secondo gli importi determinati dal Consiglio di amministrazione.

Il/la sottoscritto/a è a conoscenza che, in caso di inosservanza dell'obbligo assunto con la presente dichiarazione, l'Ente si riserva il diritto di rinviarlo in famiglia e a procedere giudizialmente per il recupero della somma

Firma: _____

Data: _____

Fondazione San Riccardo Pampuri ETS

QUOTE MENSILE MINI ALLOGGI

ALLOGGIO DOPPIO USO SINGOLO CON PASTI A DOMICILIO (lavaggio biancheria e pulizia settimanale alloggio inclusi)	€ 1.300,00
ALLOGGIO DOPPIO USO SINGOLO SENZA PASTI A DOMICILIO (lavaggio biancheria e pulizia settimanale alloggio inclusi)	€ 1.100,00
ALLOGGIO DOPPIO CON PASTI A DOMICILIO (lavaggio biancheria e pulizia settimanale alloggio inclusi)	€ 900,00 a persona
ALLOGGIO DOPPIO SENZA PASTI A DOMICILIO SOLO PER CONIUGI O FAMILIARI (lavaggio biancheria e pulizia settimanale alloggio inclusi)	€ 700,00 a persona

SERVIZI AGGIUNTIVI A PAGAMENTO

PASTO SINGOLO A DOMICILIO	€ 5,00
GIORNATA ALIMENTARE A DOMICILIO (colazione, pranzo, merenda, cena)	€ 10,00
PARRUCCHIERA IN RSA (previa prenotazione listino prezzi esposto in RSA)	

Firma per accettazione

Data: _____

Fondazione San Riccardo Pampuri ETS

REGOLAMENTO DEI "MINI ALLOGGI PROTETTI"

La Fondazione "San Riccardo Pampuri" ETS gestisce n. 4 mini alloggi protetti costituiti da bilocali nel complesso della R.S.A. "San Riccardo Pampuri" di Morimondo.

Tali mini alloggi vengono concessi dalla Fondazione, previa domanda per il loro godimento, a persone singole o a coniugi di età non inferiore a 65 anni.

I cittadini residenti nel Comune di Morimondo avranno la precedenza nell'assegnazione del Mini Alloggi, a seguire i residenti negli altri Comuni costituenti la Fondazione (ovvero Gaggiano, Gudo Visconti, Ozzero, Rosate, Vermezzo, Vernate e Zelo Surrigone) ed infine coloro che risiedono in altri comuni.

I mini alloggi sono provvisti di arredi in materiale ignifugo, di attrezzature elettriche rispondenti alle normative vigenti e cucine con piastre ad induzione.

Sono dotati di allacciamenti elettrici, di impianto di riscaldamento e di acqua fredda e calda.

Le persone che occuperanno tali mini alloggi, prima del loro ingresso, dovranno presentare relazione del medico curante comprovante le malattie precedentemente sofferte, lo stato di salute e di autosufficienza e sottoporsi a valutazione medica da parte del Servizio Sanitario della Fondazione.

Il Responsabile del Servizio Sanitario ha facoltà di chiedere eventuale documentazione sanitaria (relazioni ospedaliere, referti di visite specialistiche, esami di laboratorio e strumentali) o ulteriori accertamenti diagnostici.

A cura della Direzione Amministrativa e Sanitaria, saranno stabilite periodicamente delle visite mediche per constatare lo stato generale di salute.

Allorchè per sopravvenute infermità o per altre cause venissero meno i requisiti richiesti per la concessione del mini alloggio, a parere del Responsabile Sanitario della Fondazione e su conforme relazione dello stesso attestante l'incapacità di condurre il mini alloggio e di vivere da solo, si trasferirà la persona, con precedenza sulle richieste esterne, e previa presentazione della domanda di ricovero, controfirmata dai parenti, nella RSA non appena ci sarà un posto disponibile.

L'interessato può comunque stabilire autonomamente di lasciare il mini alloggio.

L'Ente può, inoltre, procedere alla revoca dell'assegnazione e/o alla dimissione dell'assegnatario nel caso che lo stesso arrechi molestia o disturbi alla Casa o risulti inadempiente economicamente.

La persona che si trasferisce in RSA resta impegnata al pagamento della retta in atto in quel momento nella RSA.

Il mini alloggio viene concesso dietro versamento, da parte degli interessati, di un contributo mensile che viene determinato dal Consiglio d'Amministrazione.

I contributi devono essere versati in forma anticipata entro il 5 di ogni mese con bonifico bancario.

In caso di ritardato pagamento – oltre i tre mesi – si applicheranno gli interessi legali dalla data di scadenza del contributo sino al giorno dell'effettivo pagamento.

Il Consiglio d'Amministrazione dell'Ente procederà annualmente a valutare un'eventuale revisione dei contributi in relazione agli aumentati costi di gestione della Casa.

E' vietato ospitare in modo permanente nei mini alloggi parenti o altre persone.

Per l'ospitalità di qualche giorno è necessaria l'autorizzazione della Direzione dell'Ente.

Gli occupanti dei mini alloggi possono scegliere se provvedere direttamente agli acquisti per il vitto ed alla preparazione di esso o se usufruire della consegna di pasti pronti da parte della RSA (servizio a pagamento); devono comunque provvedere a mantenere in buono stato l'alloggio.

Nella retta sono inclusi il servizio di lavaggio biancheria e di pulizia settimanale dell'alloggio.

E' possibile partecipare, inoltre, alle funzioni religiose e ad altre attività ricreative e di animazione sociale.

In caso di necessità, in tutto l'arco delle 24 ore, su chiamata tramite il campanello di allarme interverrà un operatore della RSA.

Gli occupanti dei mini alloggi e il garante, prima del loro ingresso prenderanno conoscenza delle norme di cui sopra e del contratto sottoscrivendone una copia per accettazione.

Firma del richiedente _____

Firma del Garante _____

Morimondo, _____

FONDAZIONE "SAN RICCARDO PAMPURI" ETS

Via Dante Alighieri, 4 - 20081 Morimondo (MI) - C.F. 90014970157 P.I. 13117740152 - Tel. 02 945405

INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ai sensi dell'art. 13 Reg. (UE) 2016/679

1. Titolare

Il Titolare del trattamento è la Fondazione "San Riccardo Pampuri" ETS (C.F.: 90014970157 – P.IVA: 13117740152) nella persona del Legale Rappresentante Dr. Marelli Marco Natale, con sede in Morimondo (MI), Via Dante Alighieri 4, telefono 02945405, e-mail: amministrazione@rsapampurimorimondo.eu pec: rsapamurimorimondo@pec.it

2. Responsabile della protezione dei dati personali (*Data Protection Officer* – c.d. DPO)

Il DPO nominato e reperibile ai seguenti dati di contatto: presso Labor Service srl, via Righi n. 29, 28100 Novara (NO), telefono 0321.1814220 e-mail: privacy@labor-service.it pec: pec@pec.labor-service.it

3. Finalità

Il trattamento dei dati personali comuni e particolari (art. 9 Regolamento (UE) 2016/679, di seguito "GDPR"), forniti e trattati con modalità informatiche e cartacee, e finalizzato alla corretta valutazione e gestione dell'ospite in fase di pre-ingresso e alla successiva erogazione di tutte le attività previste dal servizio socio-sanitario stesso, alla gestione amministrativa, compreso l'inserimento in lista d'attesa, ed infine all'adempimento di tutti gli obblighi imposti dalla legge.

4. Basi giuridiche

I trattamenti dei dati personali hanno quali basi giuridiche (art. 6 GDPR): l'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dell'interessato ed il rispetto di obblighi di legge cui è tenuto il Titolare.

Per il trattamento dei dati particolari quali quelli relativi allo stato di salute in fase di pre-ingresso è necessario il consenso esplicito.

5. Destinatari

I dati personali trattati dal Titolare potranno essere comunicati a terzi destinatari che forniscono al Titolare servizi connessi alla corretta esecuzione dell'attività istituzionale in capo al Titolare e, nello specifico: a Organismi del Servizio Sanitario Nazionale (ASL/ATS di competenza, Ospedali, Cliniche e

Laboratori di analisi), ai medici, a società e professionisti di fiducia (ad esempio, fisioterapisti e infermieri), a consulenti per la gestione della qualità, della sicurezza, dell'ambiente e della formazione e alle compagnie assicuratrici. Inoltre, i dati potranno essere comunicati a terzi esclusivamente al fine di dar corso ad eventuali richieste ricevute e/o ottemperare ad obblighi di legge: Pubbliche Amministrazioni, Organismi di Vigilanza, forze di Polizia, uffici giudiziari, enti con funzioni previdenziali, socio-assistenziali e/o educative. Peraltro, i dati personali potranno essere comunicati a prossimi congiunti, familiari, conviventi, amministratori di sostegno e tutori.

6. Trasferimento dati

Il Titolare del trattamento non ha intenzione di trasferire i dati personali dell'interessato verso un Paese terzo all'Unione Europea o verso un'organizzazione internazionale.

7. Periodo di conservazione

I dati personali raccolti vengono conservati per il periodo necessario al soddisfacimento delle finalità di cui sopra e comunque non oltre 10 anni dalla cessazione del servizio eventualmente erogato dal Titolare, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente.

8. Diritti dell'interessato

L'interessato ha il diritto di:

- chiedere al Titolare conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano, ottenendo tutte le informazioni indicate all'art. 15 GDPR (diritto di accesso);
- chiedere la rettifica di dati inesatti o richiederne l'integrazione, qualora essi siano incompleti (art. 16 GDPR);
- ottenere la cancellazione dei dati personali, qualora ricorra uno dei motivi indicati all'art. 17 GDPR;
- ottenere la limitazione del trattamento nelle ipotesi indicate all'art. 18 GDPR;
- revocare il consenso prestato per il trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute, senza che sia pregiudicata la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca (art. 7, par. 3 GDPR);

Tutti i sopraesposti diritti possono essere esercitati comunicandolo al Titolare attraverso i dati di contatto sopra citati.

Inoltre, l'interessato ha il diritto di:

- proporre reclamo ad un'autorità di controllo (Garante per la protezione dei dati personali)

9. Il conferimento dei dati personali costituisce requisito necessario per la conclusione del successivo contratto. In assenza vi sarà l'impossibilità di dar corso al contratto e agli altri adempimenti legali connessi.

Il sottoscritto _____ in qualità di _____

dichiara di aver preso visione della presente informativa

e

PRESTA il consenso al trattamento dei dati particolari ex art. 9 GDPR come sopra indicato

Luogo e data _____

Firma del Compilatore dichiarante _____

FONDAZIONE "SAN RICCARDO PAMPURI" ETS

Via Dante Alighieri, 4 - 20081 Morimondo (MI) - C.F. 90014970157 P.I. 13117740152 - Tel. 02 945405

SCHEDA SANITARIA a cura del Medico di Medicina Generale

Sig./Sig.ra Sesso M F

Data di nascita Data presentazione

C.F.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Anamnesi Patologica Remota

.....

.....

.....

.....

Patologie in atto

.....

.....

.....

.....

Terapia

.....

.....

.....

.....

.....

RELAZIONE ASSISTENZIALE

Indicatore di mobilità: trasferimento letto sedia

1	Necessarie due persone per il trasferimento del paziente con o senza ausilio meccanico	
2	Il paziente collabora ma è necessaria comunque la collaborazione di una persona	
3	Per una o più fasi del trasferimento è necessaria la collaborazione di una persona	
4	Occorre una persona per garantire la sicurezza e/o infondere fiducia	
5	Il paziente è in grado di muoversi senza pericoli ed è autonomo durante il trasferimento	

Indicatore di mobilità: deambulazione

1	Dipendenza rispetto alla locomozione	
2	Necessita la presenza costante di una o più persone per la deambulazione	
3	Necessario aiuto di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili	
4	Pz autonomo ma necessita di supervisione per ridurre i rischi. Non percorre 50 metri senza aiuto	
5	Pz autonomo nella deambulazione e nella gestione di ausili. Percorre 50 metri senza aiuto.	

Indicatore di mobilità: locomozione su sedia a rotelle

1	Pz in carrozzina dipendente per la locomozione	
2	Pz in carrozzina può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano	
3	Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto...	
4	Riesce a spingersi in ambienti consueti, necessaria assistenza per tratti difficoltosi	
5	Autonomo è in grado di girare intorno agli spigoli, accostarsi al tavolo, percorrere almeno 50 metri	

Indicatore di mobilità: igiene personale

1	Pz non in grado di badare alla propria igiene, dipendente sotto tutti gli aspetti	
2	E' necessario assisterlo in tutte le circostanze dell'igiene personale	
3	E' necessario assisterlo in una o più circostanze dell'igiene personale	
4	E' in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza	
5	Totale indipendenza	

Indicatore di mobilità: alimentazione

1	Pz totalmente dipendente, va imboccato	
2	Riesce a manipolare qualche posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza	
3	Riesce ad alimentarsi sotto supervisione – l'assistenza è limitata ai gesti più complicati	
4	Pz indipendente nel mangiare salvo che per tagliare la carne, aprire barattoli, aiuto facoltativo	
5	Totale indipendenza nel mangiare	

Indicatore di cognitiv  e comportamento: confusione

1	Pz completamente confuso, attivit� cognitive compromesse, personalit� destrutturata	
2	E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe	
3	Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nel tempo e nello spazio	
4	E' perfettamente lucido	

Indicatore di cognitiv  e comportamento: irritabilit 

1	Qualsiasi contatto � causa di irritabilit�	
2	Uno stimolo esterno non provocatorio, produce irritabilit� che non � in grado di controllare	
3	Mostra ogni tanto segni di irritabilit�, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete	
4	Non mostra segni di irritabilit� ed � calmo.	

Indicatore di cognitiv  e comportamento: irrequietezza

1	Cammina avanti e indietro incessantemente, � incapace di stare fermo persino per brevi periodi	
2	Appare irrequieto, non riesce a stare seduto, si alza in piedi continuamente, tocca vari oggetti	
3	Mostra segni d'irrequietezza, si agita e gesticola, muove piedi e mani, tocca oggetti mentre parla	
4	Non mostra nessun segno di irrequietezza motoria. E' normalmente attivo, tranquillo	

Patologie Psichiatriche	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
.....		
.....		

Patologie infettive/contagiose	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
.....		
.....		

Vaccinazioni	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
.....		

Pace Maker	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
-------------------	------------------------------------	------------------------------------

ALTRI PROBLEMI CLINICI

Stato di coscienza			Vigile Soporoso Coma			
Vista			Normale Ipovisus Cecità			
Udito			Normale Ipoacusia Sordità			
Protesi	NO	SI	Dentale Acustica Occhiali			
Linguaggio normale			Normale Disartria Afasia			
Comprensione			Normale Ridotta Assente			
Disorientamento	NO	SI	Spazio Tempo			
Agitazione psicomotoria	NO	SI	Note			
Inversione sonno/veglia	NO	SI	Note			

Vagabondaggio	NO	SI	Note
---------------	----	----	------

Rischio di cadute	NO	SI	Note
-------------------	----	----	------

Stazione eretta	NO	SI	Stabile	
			Instabile	
			Con ausilio	

Ausili per il movimento	NO	SI	Bastone	
			Deambulatore	
			Carrozzina	

Incontinenza	NO	SI	Urinaria	Saltuaria	
				Permanente	
			Fecale	Saltuaria	
				Permanente	

Gestione incontinenza	NO	SI	Presidi assorbenti	
			Condom	
			Catetere vescicale	
			Tipo Catetere	
			Data ultima sostituzione	
			Urostomia	
Ano artificiale				
Tipo Ausilio				

Stato nutrizionale	Normale	
	Obesità	
	Malnutrizione	

Dieta	NO	SI	Libera			
			Per nefropatici			
			Per diabetici			
Disfagia	NO	SI	Per i liquidi			
			Per i solidi			
			Per entrambi			
Alimentazione artificiale	NO	SI	SNG			
			PEG			
			Parenterale Totale			
Gestione del diabete	NO	SI	Dieta			
			Antidiabetici orali			
			Insulina			
Allergie ai farmaci	NO	SI	Specifica			
Allergie agli alimenti	NO	SI	Specifica			
Lesioni da decubito	NO	SI	Sede			
			Stadio			
Dialisi	NO	SI	Dialisi peritoneale			
			Emodialisi			
			Frequenza settimanale			
Insufficienza respiratoria	NO	SI	Ossigenoterapia			
			Orario ossigenoterapia			
			Ventilatore			

Indice di Comorbidità (C.I.R.S.) Valutazione Funzionale

1	PATOLOGIE DEL CUORE	1	2	3	4	5
2	IPERTENSIONE	1	2	3	4	5
3	PATOLOGIE VASCOLARI	1	2	3	4	5
4	RESPIRATORIO	1	2	3	4	5
5	O.O.N.G.L.	1	2	3	4	5
6	APPARATO GASTROINTESTINALE SUPERIORE	1	2	3	4	5
7	APPARATO GASTROINTESTINALE INFERIORE	1	2	3	4	5
8	PATOLOGIE EPATICHE	1	2	3	4	5
9	PATOLOGIE RENALI	1	2	3	4	5
10	ALTRE PATOLOGIE GENITOURINARIE	1	2	3	4	5
11	SISTEMA MUSCOLOSCELETRICO	1	2	3	4	5
12	PATOLOGIE DEL SISTEMA NERVOSO	1	2	3	4	5
13	PATOLOGIE ENDOCRINO METABOLICHE	1	2	3	4	5
14	PATOLOGIE PSICHIATRICHE – COMPORTAMENTALI	1	2	3	4	5

1. **ASSENTE** Nessun danno d'organo o sistema.
 2. **LIEVE** Il danno non interferisce con la normale attività. Può non essere necessario alcun trattamento. (emorroidi, ernie)
 3. **MODERATO** Il danno interferisce con la normale attività. E' necessario un trattamento: prognosi buona. (coleditiasi, fratture, diabete)
 4. **GRAVE** Il danno provoca disabilità; è richiesto trattamento urgente. La prognosi è prudente. (carcinoma asportabile, enfisema)
 5. **MOLTO GRAVE** Vi è pericolo di vita: il trattamento è urgente o inutile. La prognosi è severa. (infarto miocardico, incidenti cerebrovascolari)

INVALIDITA'

Eventuali Indicazioni

.....

Data

.....

Timbro e firma del medico

.....

AUTOCERTIFICAZIONE dello STATO di FAMIGLIA

(Art. 46) D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a in _____ il _____

residente in _____ Via _____ n. _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

che la propria famiglia residente in _____
(comune) _____ (provincia)

via/piazza _____ è così composta:
(indirizzo e numero civico)

- 1) il/la dichiarante
- 2) _____
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)
- 3) _____
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)
- 4) _____
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)
- 5) _____
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)
- 6) _____
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)
- 7) _____
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)
- 8) _____
(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

data _____

Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)

Art. 74 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445. Costituisce violazione dei doveri d'ufficio la mancata accettazione delle dichiarazioni sostitutive di certificazione (autocertificazione) rese a norma delle disposizioni di cui all'art. 46 D.P.R. 28-12-2000, n. 445.

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Dichiarazione sostitutiva della
CERTIFICAZIONE DI RESIDENZA

(Art. 46 - lettera b - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il Sottoscritto _____

nato a _____ il _____,

residente a _____ in _____ n° _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA
DI ESSERE RESIDENTE A:

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455

data _____

_____ Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)*

* La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato.

Dichiarazione sostitutiva della
**CERTIFICAZIONE DI LUOGO E DATA DI
NASCITA**

(Art. 46 - lettera a - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il Sottoscritto

nato a il
residente a in n°

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'articolo 76 DPR 445 del 28/12/2000

DICHIARA

di essere nato a il

Dichiaro di essere informato, ai sensi degli articoli 23 e 26 del d.lvo 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455

data

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)*

* La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. Sono amministrazioni pubbliche tutte le Amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e le scuole di ogni ordine e grado, le istituzioni universitarie, le aziende e le amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le regioni, province, comuni e comunità montane, I.A.C.P., camere di commercio e qualsiasi altro ente di diritto pubblico (compresi gli enti pubblici economici).