

Dichiarazione sostitutiva della  
**CERTIFICAZIONE GENERICA**

-----  
(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 CHE**

L'interessato/a cui si riferisce la segnalazione / richiesta di intervento distrettuale,

Sig. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

non ha familiari, ai sensi dell'art. 433 C.C., residenti o domiciliati nella Regione Lazio,  
per cui richiede

- accesso in Residenza Sanitaria Assistenziale con sede in Regione \_\_\_\_\_
- accesso alle Cure Palliative Domiciliari erogate in Regione \_\_\_\_\_
- accesso alle Cure Palliative Residenziali (Hospice) con sede in Regione \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Allegare fotocopia del Documento in corso di validità**

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.455 (DCA 431/2012)