

**P.U.A. PORTA UNICA di ACCESSO / P.I.T. Porta Informativa Territoriale
AMBITO TERRITORIALE BA 10 Modugno – Bitetto – Bitritto**

Allegato 2 Modello B

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI (Artt. 4 e 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

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

residente a _____ (Prov. _____)

Via _____ n. _____ Tel. _____

e-mail _____

in qualità di _____ (coniuge o, in sua assenza, figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado)

del/la sig./ra _____ nato/a a _____

il _____, residente a _____ Prov. _____

Via _____ n. _____

temporaneamente impedito a causa del suo stato di salute, rende la presente dichiarazione nell'interesse del predetto.

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

l'impossibilità a garantire adeguatamente la cura del soggetto richiedente il servizio (per i servizi socio-sanitari domiciliari).

_____, _____ IL DICHIARANTE _____
(luogo) (data)

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.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.