

LEGGE 162/98 ANNO 2019
DICHIARAZIONE CONFERMA SCHEDA SALUTE

(da compilare e trasmettere in alternativa alla scheda salute aggiornata se non sono sopraggiunte modifiche nelle condizioni di salute del beneficiario)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____

Cap. _____ Via _____ n° _____

Tel. _____ Cell. _____

Codice Fiscale: _ _ _ _ _

in qualità di:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Destinatario del piano | <input type="checkbox"/> Titolare della potestà genitoriale |
| <input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno | <input type="checkbox"/> Incaricato della tutela |
| <input type="checkbox"/> Altro familiare (indicare grado di parentela): | |

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, sotto la propria responsabilità

che non sono sopraggiunte modifiche nelle condizioni di salute del destinatario e pertanto si conferma, per l'anno 2019, la "Scheda Salute" allegata alla precedente domanda presentata per la predisposizione del piano personalizzato Legge 162/98 nell'anno 2018.

Data, _____

Firma
