



## CERTIFICATO DI ASSISTENZA

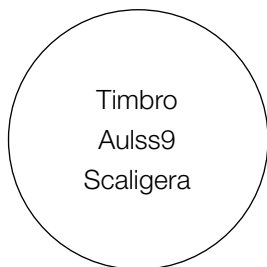
SI CERTIFICA

che il/la Signore/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

è stato/a presente presso una Struttura Sanitaria dell'ULSS 9 Scaligera il \_\_\_\_\_

per assistere una persona.



*L'incaricato*

\_\_\_\_\_

*Si rilascia il presente certificato in carta libera a richiesta dell'interessato/a per gli usi consentiti dalla legge.*

*Il presente certificato non può essere prodotto agli organi della Pubblica Amministrazione o ai gestori di pubblici servizi ai sensi dell'art. 15 della legge n. 183/2011.*

**LA DICHIARAZIONE CHE LE PERSONE ASSISTONO L'INTERESSATO COME ANCHE IL GRADO DI PARENTELA, SONO INFORMAZIONI ESCLUSIVAMENTE OGGETTO DI AUTOCERTIFICAZIONE DA PARTE DELL'INTERESSATO STESSO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art.75 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

data \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_