

**Dichiarazione sostitutiva per la validità della scheda salute anni precedenti  
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

In qualità di:

- Beneficiario del piano
- incaricato della tutela
- titolare della patria potestà
- amministratore di sostegno
- familiare di riferimento della persona destinataria del piano personalizzato L.162/98

Destinatario del piano personalizzato L.162/98:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

**DICHIARA**

Che non essendo sopravvenuto stato di aggravamento delle condizioni di salute, è da ritenersi valida la Scheda di Salute presentata nell'anno/o anni precedenti;

Che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della L. 675/96, i dati personali da me forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_  
(luogo edata)

Il destinatario del piano o l'incaricato della tutela  
o titolare della patria potestà o amministratore di sostegno

\_\_\_\_\_

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 anche elettronica.