



**REGOLAMENTO SUL SOSTEGNO ESTERNO –
ASSISTENZA NON SANITARIA PRIVATA SVOLTA PRESSO
L’A.O.R.N. “SANT’ANNA E SAN SEBASTIANO” DI CASERTA**

(Approvato con deliberazione D.G. n. 188 del 24.05.2017)

INDICE

Premessa

Tipologie di sostegno esterno

Associazioni di Volontariato accreditate

Obiettivi

Art. 1	Ambito di applicazione
Art. 2	Definizione
Art. 3	Tutele
Art. 4	Soggetti richiedenti
Art. 5	Elenco Prestatori Assistenza Non Sanitaria Privata
Art. 6	Iscrizione Società, Cooperative, Agenzie, Associazioni
Art. 7	Iscrizione Soggetti Singoli
Art. 8	Permessi di ingresso e registrazione presenza
Art. 9	Regole di comportamento
Art. 10	Obblighi del personale dipendente
Art. 11	Vigilanza e controllo
Art. 12	Diffusione - Pubblicazione - Entrata in vigore

Premessa

La presenza nelle strutture di degenza dell'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta (di seguito indicata sempre come AORN), in orario diverso da quello di visita, di familiari e di altre persone di sostegno, esterne all'AORN, per l'assistenza non sanitaria ai pazienti, è disciplinata dal presente regolamento.

Tipologie di sostegno esterno:

1. assistenza non sanitaria privata svolta a titolo gratuito da familiari, parenti o persone di fiducia (comprese le "badanti" personali della persona ricoverata);
2. assistenza non sanitaria privata svolta a titolo oneroso da cooperative sociali, agenzie/impres e soggetti singoli.

Associazioni di Volontariato accreditate

La disciplina dei rapporti con le Associazioni di Volontariato accreditate è esclusa dal presente Regolamento in quanto regolata da specifiche Convenzioni.

Obiettivi

Il regolamento ha l'obiettivo di disciplinare l'attività di sostegno esterno privato al fine di:

- tutelare le persone degenti, sia quelli che richiedano assistenza privata che, di riflesso, quelle che non richiedono tale forma di assistenza, favorendo il rispetto di norme igienico - sanitarie, organizzative e di sicurezza;
- garantire a tutto il personale medico, infermieristico, riabilitativo e di supporto, il corretto espletamento della propria attività, tutelandolo da eventuali eventi avversi non di propria responsabilità;
- garantire alle persone che effettuano assistenza di sostegno privata a titolo oneroso, il corretto espletamento della propria attività, nell'osservanza della normativa vigente.

Art. 1

(Ambito di applicazione)

Il presente regolamento si applica in tutte le strutture di degenza dell'AORN per la disciplina delle forme di sostegno ai pazienti ricoverati, diverse dalla funzione assistenziale istituzionalmente fornita dal personale aziendale.

Art. 2
(Definizione)

Per sostegno esterno si intende l'insieme delle attività non sanitarie prestate al degente come supporto psicologico, affettivo e relazionale; sono escluse da tali attività tutte le funzioni proprie dell'assistenza sanitaria.

Art. 3
(Tutele)

È fatto assoluto divieto al personale dipendente di ammettere la presenza nelle strutture di degenza di singoli soggetti prestatori di assistenza a titolo oneroso che non siano presenti nell'Elenco di cui al successivo art. 5.

È altresì fatto divieto al predetto personale di svolgere funzioni di intermediazione per il reperimento di persone che prestano assistenza non sanitaria privata a pagamento.

Art. 4
(Soggetti richiedenti)

I soggetti ammessi a svolgere l'assistenza non sanitaria privata ai degenti sono:

- componenti del nucleo familiare, oppure della cerchia parentale o amicale;
- badanti personali del ricoverato;
- dipendenti di società, cooperative, agenzie, associazioni oppure soggetti singoli prestatori di assistenza privata a pagamento.

Art. 5
(Elenco Prestatori Assistenza Non Sanitaria Privata)

Presso la Direzione Sanitaria aziendale è istituito un Elenco dei soggetti (società/cooperative/agenzie/associazioni e soggetti singoli) disponibili a prestare, a titolo oneroso, assistenza non sanitaria ai degenti di questa AORN.

L'Elenco ha validità annuale, è aggiornato con periodicità semestrale e riporta i seguenti dati dei soggetti prestatori di assistenza non sanitaria privata con per ciascuno, la tariffa oraria praticata:

- società, cooperative, agenzie ed associazioni: - denominazione; ragione sociale; C.F./P. Iva; sede operativa e legale; complete generalità del/i legale/i rappresentante/i; recapiti telefonici; indirizzo di posta elettronica certificata (PEC);
- soggetti singoli: - complete generalità; indirizzo; domicilio; C.F./P. Iva; recapiti telefonici; indirizzo di posta elettronica certificata (PEC).

Al fine di garantire la massima trasparenza, il predetto Elenco, con relativi aggiornamenti, è pubblicato all'Albo on-line aziendale e nelle apposite bacheche dei reparti di degenza.

Le società, cooperative, agenzie e associazioni o i soggetti singoli che intendono fornire collaboratori per lo svolgimento di assistenza non sanitaria privata devono presentare alla Direzione Generale domanda di iscrizione, corredata della documentazione richiesta ai successivi articoli 6 e 7.

Art. 6

(Iscrizione di Società, Cooperative, Agenzie, Associazioni)

La domanda di inserimento nell'Elenco, redatta in carta libera secondo il facsimile allegato 1, deve indicare, anche mediante autocertificazione ai sensi di legge:

- ragione sociale;
- legale rappresentante;
- sede legale;
- recapito postale, telefonico e di posta elettronica e pec;
- iscrizione alla Camera di Commercio;
- partita IVA o attestazione di possesso;
- elenco dei collaboratori, con indicazione di: - cognome, nome, data e luogo di nascita ed eventuali esperienze professionali in materia di assistenza integrativa; per i collaboratori stranieri andranno indicati anche gli estremi del relativo permesso di soggiorno in territorio italiano ed attestata la comprensione della lingua italiana;
- polizza assicurativa RCT/RCO per un massimale di almeno € 500.000,00;
- dichiarazione di presa visione e di impegno a dare piena ed integrale applicazione alle norme del presente Regolamento per l'esercizio dell'assistenza non sanitaria integrativa privata, nonché alla normativa vigente ed ai regolamenti in materia di privacy, sicurezza e norme di comportamento;
- dichiarazione di essere a conoscenza che all'interno della struttura i propri operatori saranno esposti a rischi specifici (ad es. rischi biologici, meccanici, elettrici etc.) e di aver preso visione del D.V.R. e delle Procedure di Evacuazione pubblicate sul sito aziendale
- dichiarazione di esonero dell'AORN da qualsiasi responsabilità da illecito contrattuale, negligenza, atto illecito, eventuali furti, danneggiamenti o smarrimenti da qualsiasi causa generati, inclusi danni diretti o indiretti, derivanti o correlati all'attività di assistenza integrativa non sanitaria prestata da propri dipendenti, collaboratori, soci e per il caso di eventi che dovessero comportare un infortunio alla persona assistita;
- tariffa oraria applicata;
- rispetto delle norme di legge relative alla contribuzione e retribuzione del personale.

È onere specifico della società, cooperativa, agenzia, associazione di accertare il possesso delle certificazioni di regolare soggiorno sul territorio italiano da parte dei propri operatori stranieri, nonché la comprensione della lingua italiana.

La scadenza della copertura assicurativa RCT/RCO prestata comporta la cancellazione d'ufficio dall'Elenco, salvo reintegro dalla data di rinnovo della stessa.

Il titolare dell'autorizzazione è tenuto a comunicare per iscritto e con immediatezza alla Direzione Sanitaria qualsiasi modifica che dovesse intervenire rispetto al contenuto della documentazione di cui ai punti precedenti così da consentire all'AORN di verificare il mantenimento dei requisiti richiesti.

Art. 7

(Iscrizione di Soggetti Singoli)

La domanda di inserimento in Elenco, redatta in carta libera secondo il facsimile di cui all'allegato 2, deve indicare, anche mediante autocertificazione ai sensi di legge:

- dati anagrafici;
- recapito postale, telefonico e di posta elettronica e pec
- possesso della partita IVA /codice fiscale;
- copia di polizza assicurativa RCT per un massimale di almeno € 500.000,00;
- **per i soli richiedenti stranieri:**
- **dichiarazione di regolarità del permesso di soggiorno e di comprensione della lingua italiana;**
- dichiarazione di presa visione e di impegno a dare piena ed integrale applicazione alle norme del presente Regolamento, nonché alla normativa vigente e ai regolamenti in materia di privacy, sicurezza e norme comportamentali;
- dichiarazione di essere a conoscenza che all'interno della struttura sarà esposto a rischi specifici (ad es. rischi biologici, meccanici, elettrici etc.) e di aver preso visione del D.V.R. e delle Procedure di Evacuazione pubblicate sul sito aziendale
- dichiarazione di esonero dell'AORN da qualsiasi responsabilità da illecito contrattuale, negligenza, atto illecito, eventuali furti, danneggiamenti o smarrimenti da qualsiasi causa generati, inclusi danni diretti o indiretti, derivanti o correlati all'attività di assistenza non sanitaria privata e per il caso di eventi che dovessero comportare un infortunio alla persona assistita;
- tariffa oraria applicata.

La scadenza della copertura assicurativa RCT comporta la cancellazione d'ufficio dall'Elenco del soggetto autorizzato, salvo reintegro dalla data di rinnovo della stessa.

Il titolare dell'autorizzazione è tenuto a comunicare per iscritto e con immediatezza alla Direzione Sanitaria qualsiasi modifica che dovesse intervenire rispetto al contenuto della documentazione di cui ai punti precedenti così da consentire all'AORN di verificare il mantenimento dei requisiti richiesti.

Art. 8

(Permessi di ingresso e registrazione presenza)

La presenza di familiari o di soggetti ammessi a svolgere assistenza non sanitaria privata al di fuori dell'orario di visita deve essere richiesta direttamente dal ricoverato, dai suoi familiari o aventi titolo, utilizzando il modello allegato sub 3.

Il permesso di ingresso è rilasciato dal Direttore Sanitario in duplice originale di cui, uno, consegnato al richiedente o al soggetto che presta assistenza e l'altro trasmesso al Direttore del reparto di degenza interessato. In deroga al generale divieto di permanenza nell'ospedale oltre gli orari di visita ai pazienti, il permesso consente la presenza del soggetto all'interno della struttura per il periodo indicato nello stesso.

Tale permesso indica il numero e la data di rilascio, le complete generalità del soggetto che presta assistenza (nel caso di operatore di società, cooperative, agenzie ed associazioni, anche la ragione sociale di questa), il numero di iscrizione nell'Elenco aziendale, il nominativo del degente cui l'assistenza è prestata ed il periodo di validità del permesso.

I permessi rilasciati sono riportati nel "Registro Permessi OSE" (Operatori Sostegno Esterno), istituito e tenuto presso la Direzione Sanitaria, nel quale sono indicati: - numero progressivo del permesso; - data di rilascio; - cognome e nome dell'assistito; - indicazione della società / cooperativa/agenzia/associazione che presta assistenza e nominativo dell'operatore di questa; - alternativamente, nominativo del soggetto singolo che presta assistenza o nominativo del/della badante, se trattasi di badante, o nominativo e grado di parentela, se trattasi di componente del nucleo familiare o della cerchia parentale; - estremi di un documento di riconoscimento dell'operatore; - periodo di validità del permesso;

Analogo Registro è tenuto presso ciascun reparto di degenza, a cura del Coordinatore infermieristico o suo delegato; nello stesso sono trascritti i dati riportati sul Permesso rilasciato dalla Direzione Sanitaria ed inoltre: - ora di entrata; - estremi del documento di riconoscimento del soggetto che presta assistenza; firma leggibile dello stesso; - firma leggibile del personale infermieristico o OSS che lo ha identificato; - ora uscita; firme leggibili della persona che presta assistenza e del personale infermieristico o OSS che lo ha identificato.

I registri di cui ai punti che precedono sono conservati per almeno due anni.

Per ciascun paziente può essere autorizzata la presenza di un solo familiare/assistente per volta; all'ingresso, la persona autorizzata deve essere identificata dal personale infermieristico mediante esibizione di un documento di identità.

I/Le badanti personali sono autorizzate previa compilazione dell'apposito modulo (allegato 3) di assunzione di responsabilità da parte del dichiarante firmato del paziente ricoverato, se collaborante, o da un parente dello stesso, con acquisizione, in quest'ultimo caso, della fotocopia del documento di identità del firmatario da conservare allegata al registro.

Art. 9 **(Regole di comportamento)**

Chiunque presti assistenza non sanitaria privata a titolo gratuito o a pagamento deve attenersi scrupolosamente alle norme contenute nel presente regolamento, secondo le regole di comportamento indicate di seguito:

- indossare camici o indumenti di lavoro non in tinta unita e di colore differente rispetto a quelli delle divise indossate dal personale dipendente e dagli operatori delle ditte esterne

in servizio presso l'AORN;

- richiedere l'intervento del personale, cui compete erogare l'attività assistenziale, per qualsiasi esigenza della persona ricoverata che esuli dalle funzioni connesse con il "sostegno alla persona";
- rispettare scrupolosamente le regole e i regolamenti interni al reparto;
- rispettare scrupolosamente le norme igienico sanitarie, organizzative e di sicurezza;
- mantenere un comportamento improntato al massimo rispetto verso il paziente, gli altri degenti, il personale del reparto e il luogo nel quale si trova;
- mantenere il proprio telefono cellulare spento o in modalità che non rechi disturbo ai ricoverati;
- allontanarsi durante gli interventi sanitari sia medici che infermieristici;
- attenersi alla segretezza, riservatezza sulle condizioni di salute dei degenti ed altre informazioni cui si venga a conoscenza in occasione della permanenza in reparto (D.Lgs. 196/2003; art. 622 c.p.);
- rispettare l'assoluto divieto di fumare;
- non svolgere prestazioni di carattere sanitario;
- non interferire nelle mansioni del personale dipendente, né sostituirsi ad esso, ma attenersi scrupolosamente alle indicazioni ricevute;
- non fare propaganda della propria attività presso i degenti, i loro familiari, il personale ospedaliero o diffondere materiale pubblicitario;
- non assistere contemporaneamente più di una persona;
- non arrecare disturbo, soprattutto nell'orario notturno, anche mediante l'utilizzo di sdraio o poltrone che possono intralciare il passaggio;
- non somministrare farmaci, alimenti e/o bevande non preventivamente autorizzate dal personale sanitario di reparto.

L'inosservanza delle presenti disposizioni comporta, per il prestatore di assistenza non sanitaria privata responsabile, il divieto di trattarsi all'interno dell'ospedale o di svolgere qualsiasi prestazione a favore di pazienti ricoverati presso le strutture dell'AORN; nei casi più gravi o in caso di reiterate violazioni, si procederà alla cancellazione dall'Elenco aziendale del soggetto (società/cooperativa /agenzia/associazione, singoli soggetto) responsabile.

Per danni derivanti all'AORN o ai propri dipendenti a seguito di prestazioni connesse o collegate con l'assistenza non sanitaria l'azienda agirà per il risarcimento del danno ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

Art. 10 (Obblighi del personale dipendente)

Al personale dell'AORN è fatto assoluto divieto:

- di prestare assistenza non sanitaria privata a titolo oneroso;
- di effettuare attività di intermediazione;
- di ammettere la presenza nella struttura di singoli soggetti prestatori di assistenza che non siano presenti nell'Elenco di cui all'art. 5 e, quindi, sprovvisti del Permesso di cui all'art. 8.
- di rilasciare ai parenti o ai pazienti che ne facessero richiesta i nominativi di società, agenzie, cooperative, associazioni o persone singole deputate all'assistenza non sanitaria integrativa privata;
- di richiedere ai soggetti che svolgono assistenza non sanitaria privata di compiere attività di carattere sanitario/assistenziale.

Art. 11 (Vigilanza e controllo)

La funzione di vigilanza sull'applicazione delle disposizioni che precedono è svolta dalla Direzione Sanitaria aziendale, anche per il tramite di uno o più delegati.

Il controllo relativo al rapporto economico tra le parti (degente e soggetto che presta assistenza) e gli accertamenti sugli adempimenti fiscali e tributari a carico dei soggetti che prestano l'assistenza, sono di competenza degli organi preposti per legge.

Il controllo circa la veridicità delle dichiarazioni rese da coloro che richiedono di essere autorizzati a prestare attività di assistenza non sanitaria è svolto dall'AORN a mezzo dei propri uffici.

Art. 12 (Diffusione - Pubblicazione - Entrata in vigore)

Il presente Regolamento è trasmesso a tutti i reparti di degenza per la sua massima diffusione tra il personale e l'affissione nelle apposite bacheche.

Lo stesso è pubblicato sul sito web dell'AORN – Sezione “Piani Aziendali e Regolamenti” – link: <http://www.ospedale.caserta.it/regolamenticentri.htm>.

Il presente Regolamento entra in vigore dal 1° giugno 2017.

Allegato 1
(Modulo per Società/Cooperative/Agenzie/Associazioni)

DOMANDA PER L'INSERIMENTO NELL'ELENCO DEI SOGGETTO CHE SVOLGONO ASSISTENZA INTEGRATIVA NON SANITARIA PRESSO I REPARTI DELL'AORN DI CASERTA

Al Direttore Generale
AORN Sant'Anna e San Sebastiano
Via Palasciano snc - Caserta

Il/la sottoscritto/a _____, in qualità di legale rappresentante della Società-Cooperativa-Agenzia-Associazione (cancellare le voci che non interessano) _____, con sede legale in _____ (cap _____) Via _____, n. ____; telefono _____ cellulare _____; indirizzo e-mail _____ - pec _____;

chiede

di essere iscritto nell'Elenco dei soggetto autorizzati a svolgere assistenza integrativa non sanitaria privata presso i reparti di degenza di codesta AORN Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta.

A tal fine dichiara:

- che la _____ è iscritta alla Camera di Commercio di _____ (allegare documentazione ovvero autocertificare i dati di iscrizione);
- che la stessa è in possesso della seguente Partita IVA _____/C.F. _____;
- che presso la _____ svolgono la loro attività i soggetti indicati nell'elenco allegato 1 della presente istanza (per ciascun soggetto andranno indicati: nome e cognome, data e luogo di nascita, eventuali esperienze professionali in materia di assistenza integrativa; per i collaboratori stranieri indicare il possesso della certificazione di regolare soggiorno sul territorio italiano nonché la comprensione della lingua italiana);
- di essere in possesso della copertura assicurativa RCT/RCO richiesta dall'art. 6 del Regolamento di disciplina della materia, allegata sub 2;
- di aver preso visione e di impegnarsi alla piena ed integrale applicazione del Regolamento per l'esercizio dell'assistenza non sanitaria integrativa privata, nonché della normativa vigente e dei vigenti regolamenti AORN in materia di privacy, sicurezza e norme comportamentali;
- di essere a conoscenza che all'interno della struttura i propri operatori saranno esposti a rischi specifici, quali rischi biologici (ad es. contatto col sangue o altri fluidi biologici che possono presentare un rischio per la salute umana), rischi meccanici (ad es. urti o scivolamenti dovuti a macchinari o attrezzature) e rischi elettrici (es. presenza di apparecchiature elettromedicali) e di aver preso visione del D.V.R. e delle

Procedure di Evacuazione pubblicati sul sito aziendale;

- di esonerare da ogni responsabilità l'AORN Sant'Anna e San Sebastiano da qualsiasi responsabilità da illecito contrattuale, negligenza, atto illecito, eventuali furti, danneggiamenti o smarrimenti da qualsiasi causa generati, inclusi danni diretti o indiretti, derivanti o correlati all'attività di assistenza integrativa non sanitaria prestata dai propri dipendenti/collaboratori/soci, nonché per il caso di eventi che dovessero comportare un infortunio alla persona assistita;
- di applicare la seguente tariffa oraria _____ (in cifre e lettere) - CCNL applicato _____;
- di essere in regola con le norme di legge relative alla contribuzione e retribuzione del personale, come da DURC allegato;
- di impegnarsi, altresì, a comunicare con immediatezza qualsiasi modifica che dovesse intervenire rispetto ai dati forniti con la presente, nonché a produrre, prima della scadenza della polizza assicurativa di cui innanzi, il relativo certificato di rinnovo, consapevole che, in mancanza, la _____, che rappresenta, sarà cancellata dal predetto Elenco.

Luogo e data _____

Società/Cooperativa/ Agenzia/ Associazione

Il legale rappresentante

Allegato 2
(Modulo per Singolo Soggetto)

DOMANDA PER L'INSERIMENTO NELL'ELENCO DEI SOGGETTO CHE SVOLGONO ASSISTENZA INTGTEGRATIVA NON SANITARIA PRESSO I REPARTI DELL'AORN DI CASERTA

Al Direttore Generale
AORN Sant'Anna e San Sebastiano
Via Palasciano snc - Caserta

Il/la sottoscritto/a _____, nato a _____, (____),
il _____ e residente in _____ (cap _____) Via _____, n. _____,
telefono _____ cellulare _____; indirizzo e-mail _____ -
pec _____;

chiede

di essere iscritto nell'Elenco dei soggetto autorizzati a svolgere assistenza integrativa non sanitaria privata presso i reparti di degenza di codesta AORN Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta.

A tal fine dichiara:

- di essere in possesso della seguente Partita IVA _____ e C.F. _____;
- di essere in possesso della copertura assicurativa RCT richiesta dall'art. 7 del Regolamento di disciplina della materia, allegata in copia sub 1;
per i soli richiedenti stranieri
- **di essere in regola con il permesso di soggiorno in territorio italiano (allegato in copia sub 2) e di comprendere la lingua italiana;**
- di aver preso visione e di impegnarsi alla piena ed integrale applicazione del Regolamento per l'esercizio dell'assistenza non sanitaria integrativa privata, nonché della normativa vigente e dei vigenti regolamenti AORN in materia di privacy, sicurezza e norme comportamentali;
- di essere a conoscenza che all'interno della struttura potrà essere esposto/a a rischi specifici, quali rischi biologici (ad es. contatto col sangue o altri fluidi biologici che possono presentare un rischio per la salute umana), rischi meccanici (ad es. urti o scivolamenti dovuti a macchinari o attrezzature) e rischi elettrici (es. presenza di apparecchiature elettromedicali) e di aver preso visione del D.V.R. e delle Procedure di Evacuazione pubblicati sul sito aziendale;
- di esonerare da ogni responsabilità l'AORN Sant'Anna e San Sebastiano da qualsiasi responsabilità da illecito contrattuale, negligenza, atto illecito, eventuali furti, danneggiamenti o smarrimenti da qualsiasi

causa generati, inclusi danni diretti o indiretti, derivanti o correlati all'attività di assistenza integrativa non sanitaria prestata e nel caso di eventi che dovessero comportare un infortunio alla persona assistita;

- di applicare la seguente tariffa oraria _____ (in cifre e lettere);
- di impegnarsi, altresì, a comunicare con immediatezza qualsiasi modifica che dovesse intervenire rispetto ai dati da esso forniti con la presente, nonché a produrre, prima della scadenza della polizza assicurativa di cui innanzi, il relativo certificato di rinnovo, consapevole che, in mancanza, sarà disposta la sua cancellazione dal predetto Elenco.

Luogo e data _____

Firma

Allegato 3

All'AORN Sant'Anna e San Sebastiano
Direzione Sanitaria
Via Palasciano, snc - Caserta

Il/la sottoscritto/a _____, nato a _____,
(____), il _____ e residente in _____ alla Via _____,

- degente** (*) presso il reparto di _____ di codesta AORN;
- parente** (*) (indicare grado parentela) _____ del sig/sig.ra _____
_____, ricoverato/a presso il reparto di _____ di codesta AORN;
- chiede

che il sig./sig.ra _____, nato/a _____
il _____, di nazionalità _____, il giorno _____ ovvero nei giorni
dal _____ al _____:

- (a cura del **degente**) (*) sia ammesso/a a prestargli assistenza non sanitaria privata quale:
- (a cura del **parente**) (*) sia ammesso/a a prestare assistenza non sanitaria privata al proprio congiunto
quale:
- (*) operatore della Società-Cooperativa-Agenzia-Associazione (cancellare le voci che non
interessano) _____, iscritta nell'apposito Elenco aziendale;
 - (*) operatore singolo, iscritto nell'apposito Elenco aziendale;
 - (*) badante, che presta regolarmente assistenza presso la propria residenza;
 - (*) parente (indicare il grado di parentela) _____;

dichiara

consapevole delle sanzioni penali che, per il caso di dichiarazioni mendaci, sono previste dall'art. 76 del
DPR 445/2000 e s.m.i., che i dati sopra riportati corrispondono al vero.

Allega fotocopia del proprio documento di identità (per le sole richieste presentate da parenti)

In fede

Data _____

Firma _____

(*) = sbarrare le sole voci che interessano