



A.S.L. TO3

Azienda Sanitaria Locale
di Collegno e Pinerolo

P.E.C: aslto3@cert.aslto3.piemonte.it

DISTRETTO AREA METROPOLITANA CENTRO

PERCORSO PER ATTIVAZIONE UNITA' VALUTATIVA GERIATRICA

REQUISITI DI ACCESSO

- Residenza in Collegno/Grugliasco/Rivoli/Rosta/Villarbasse
- Condizione di parziale o totale non autosufficienza
- Avere compiuto 65 anni

DOCUMENTAZIONE NECESSARIA

1. Modulo domanda
2. Consenso informato (firmato dall'interessato)
3. Fotocopia documento di identità e codice fiscale dell'interessato e di chi presenta la domanda
4. Scheda medica aggiornata compilata dal medico di famiglia o medico di presidio ospedaliero/struttura (data non superiore ai 3 mesi precedenti la domanda)
5. Impegnativa del medico di base (codice 8907,2) consulto interdisciplinare definito complessivo - UVG
6. ISEE e DSU in corso di validità
7. Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

La domanda può essere integrata dalla fotocopia del verbale di invalidità e/o fotocopia ricevuta presentazione domanda completa di scheda medica.

La domanda può essere presentata:

- dal diretto interessato e/o dal rappresentante legale (tutore)
- oppure da terza persona convivente, parente o altro con delega dell'interessato e fotocopia del documento di identità del delegato.

PERCORSO PER RITIRO E CONSEGNA DOMANDA

CASA DELLA COMUNITA' - RIVOLI	1^piano STANZA 0	mercoledì 09.00-13.00
VILLA ROSA- COLLEGNO	1^piano - STANZA 39	Martedì 09.00 – 13.00
		Giovedì 09.00 – 13.00

IL NUMERATORE EROGHERA' I BIGLIETTI FINO ALLE ORE 12:00

Le chiamate alla segreteria UVG possono essere effettuate nelle giornate di Mercoledì dalle 10:00 alle 12:00 e Giovedì dalle 14:00 alle 15:30.

Richiesta di valutazione/rivalutazione socio-sanitaria
da presentare in duplice copia (una copia verrà restituita a titolo di ricevuta)

ALL' UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA (U.V.G.) dell'A.S.L. TO3

Alla consegna presentarsi con documento di identità valido dell'interessato e, in caso di altra persona, anche del proprio

RICHIESTA SEGNALAZIONE

di Valutazione Multidimensionale

sanitaria

di Rivalutazione sociale

socio-sanitaria

al fine della definizione o ridefinizione di un Progetto socio-sanitario

per il Signor/ra _____

nato/a a _____ Prov _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

Codice Fiscale _____

Medico Curante: _____ tel. _____

La richiesta è avanzata dal

diretto interessato

o dal tutore amministratore di sostegno

Sig/ra _____

nato/a a _____ Prov _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

e - mail _____

La segnalazione è avanzata dal

- coniuge/convivente (specificare) _____
- prossimo congiunto (specificare grado di parentela) _____
- altro (specificare) _____

Sig/ra _____

nato a _____ Prov _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

e - mail _____

A tal fine:

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 445/2000 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.

COMUNICA CHE

Il/la suddetto/a Sig./Sig.ra

riceve o ha ricevuto (nell'ultimo anno) interventi da

Servizio sanitario <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quale /i
Servizio sociale <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quale /i

Per la **valutazione sanitaria e sociale** allega alla presente domanda la seguente documentazione necessaria:

- Impegnativa del Medico di Medicina Generale
- Scheda informativa sanitaria
- Attestazione di richiesta del Modello ISEE / Dichiarazione ISEE sociosanitario in corso di validità (ISEE ordinario se in corso di completamento iter Invalidità Civile)
- Copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU)

L'eventuale dichiarazione scritta di rifiuto alla presentazione della richiesta del Modello ISEE e della copia della DSU deve essere allegata alla presente richiesta di valutazione (in tal caso il punteggio della valutazione economica è pari a zero).

Allega, inoltre, la seguente documentazione ritenuta di utilità per la valutazione sanitaria e/o sociale:

- _____
- _____
- _____
- _____

=====

Per la **rivalutazione sanitaria** allega alla presente domanda:

- Scheda informativa sanitaria
- Documentazione ritenuta di utilità per la rivalutazione sanitaria
- _____
- _____

=====

Per la **rivalutazione sociale**:

ai sensi dell'Allegato B della DGR 34-3309/2016 rappresenta *"la documentazione che attesti le mutate condizioni previste dalla Scheda di valutazione sociale"*

- _____
- _____
- _____

=====

Per la **rivalutazione sanitaria e sociale** allega alla presente domanda:

- Scheda informativa sanitaria
- Documentazione ritenuta di utilità per la rivalutazione sanitaria
- _____
- _____

e per quanto riguarda la rivalutazione sociale, ai sensi dell'Allegato B della DGR 34-3309/2016, rappresenta *"la documentazione che attesti le mutate condizioni previste dalla Scheda di valutazione sociale"*

- _____
- _____
- _____

CHIEDE CHE

eventuali comunicazioni al riguardo siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / piazza _____

Comune _____ CAP _____

Tel. _____ e-mail _____

=====

Il sottoscritto è altresì consapevole che la presente domanda deve essere corredata dell'Espressione di consenso al trattamento dei dati, a firma della persona destinataria della valutazione socio-sanitaria (salvo nei casi di tutore o amministratore di sostegno).

In assenza del Consenso al trattamento dei dati non si potrà procedere alla valutazione/rivalutazione socio-sanitaria.

Luogo e data _____

(firma leggibile di chi presenta l'istanza)

(Timbro e firma di chi riceve l'istanza)

=====

AVVERTENZE PER CAMBIO DI RESIDENZA

Ai sensi della DGR 34-3309 del 16/05/2016, qualora, dopo la presentazione di richiesta di valutazione, la persona interessata, cambi residenza e questo comporti anche cambio di ASL di appartenenza, deve comunicare per iscritto il cambio di residenza, **entro 15 giorni** dalla data di richiesta di cambio di residenza, alla nuova ASL di residenza.

Sulla base della data di comunicazione del cambio di residenza rispetto all'iter di valutazione si potranno avere i seguenti casi a) e b):

a) Nel caso in cui non sia stata effettuata o completata la valutazione multidimensionale, l'UVG dell'ASL di nuova residenza considererà valida la documentazione presentata di corredo alla domanda di valutazione socio-sanitaria, ossia:

- il modulo di presentazione di richiesta di valutazione;
- l'impegnativa del Medico di Medicina Generale;
- la Scheda Informativa Sanitaria;
- l'attestazione di richiesta del Modello ISEE;
- la copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU).

L'UVG dell'ASL di nuova residenza procederà quindi ad effettuare la valutazione socio-sanitaria.

b) Nel caso in cui la persona interessata abbia già ricevuto l'esito della valutazione multidimensionale, l'UVG dell'ASL di nuova residenza deve considerare valida:

- la documentazione presentata di corredo alla domanda di valutazione socio-sanitaria, ossia:

- il modulo di presentazione di richiesta di valutazione;
- l'impegnativa del Medico di Medicina Generale;
- la Scheda Informativa Sanitaria;
- l'attestazione di richiesta del Modello ISEE;
- la copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU);

- la data di valutazione dell'UVG dell'ASL di provenienza.

Deve essere rinnovata la valutazione sociale.

A seguito della nuova valutazione sociale l'UVG dell'ASL di nuova residenza procede a definire la priorità di accesso ai sensi della D.G.R. n. 14-5999/2013.

La persona interessata, in caso di omessa comunicazione **entro 15 giorni** dalla richiesta di cambio di residenza anagrafica, deve ripresentare alla ASL di nuova residenza una **nuova Richiesta di valutazione**, corredata da una nuova impegnativa del Medico di Medicina Generale, da una nuova Scheda Informativa Sanitaria, l'attestazione di richiesta del Modello ISEE e copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU).

Il sottoscritto dichiara di aver letto e compreso quanto riportato nel presente paragrafo "AVVERTENZE PER CAMBIO DI RESIDENZA".

Luogo e data _____

(firma leggibile di chi presenta l'istanza)

ASL TO3 - U.V.G. Distretto Area Metropolitana Centro

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 GDPR 2016/679

Gentile Utente, La informiamo che i dati personali da Lei forniti all'ASL TO3 (di seguito "Titolare") saranno trattati secondo quanto previsto dal "Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento Generale sulla Protezione dei dati, di seguito GDPR)": i dati personali a Lei riferiti verranno raccolti e trattati nel rispetto dei principi di correttezza, liceità e tutela della riservatezza, con modalità informatiche ed esclusivamente per finalità di trattamento dei dati personali dichiarati nella domanda.

Le tipologie di dati trattati sono:

- personali: quali ad esempio dati anagrafici, domicilio, residenza, codice fiscale, ISEE, stato civile, professione, recapito telefonico, indirizzo di posta elettronica personale;
- particolari: quali ad esempio dati sanitari, stato di salute, stile di vita;
- eventuali dati giudiziari.

Il trattamento è finalizzato all'espletamento delle funzioni istituzionali dell'Ente.

I dati acquisiti, saranno utilizzati esclusivamente per le finalità relative al procedimento amministrativo per i quali vengono comunicati ovvero per le finalità di valutazione socio sanitaria e susseguente individuazione del Progetto Individuale; l'acquisizione dei dati e il relativo trattamento sono obbligatori in relazione alla valutazione da effettuarsi; ne consegue che l'eventuale rifiuto a fornirli potrà determinare l'impossibilità del Titolare del trattamento a erogare il servizio richiesto.

I dati di contatto del Responsabile della protezione dati (DPO) sono dpo@aslto3.piemonte.it

I recapiti del Titolare del trattamento dei dati personali sono: Azienda Sanitaria Locale Torino 3 (ASL TO3), con sede legale in Via Martiri XXX Aprile n° 30, 10093 Collegno (TO), rappresentata dal Direttore Generale pro tempore - Pec : aslto3cert.aslto3.piemonte.it Telefono: +39 011 40171.

I Suoi dati saranno trattati esclusivamente da soggetti regolarmente Designati ed Autorizzati e Responsabili Esterni individuati dal Titolare o da soggetti incaricati individuati dal Responsabile, autorizzati e istruiti in tal senso, adottando tutte quelle misure tecniche e organizzative adeguate per tutelare i diritti, le libertà e i legittimi interessi che Le sono riconosciuti per legge in qualità di Interessato. Tutti gli operatori sono tenuti al rispetto della normativa di legge per quanto attiene la riservatezza dei dati trattati.


I Suoi dati, resi anonimi, potranno essere utilizzati anche per finalità statistiche (d.lgs. 281/1999 e s.m.i.) ai sensi dell'art. p, par. 2, lettera j); art. 89, par. 1 del GDPR n. 679/2016;

I Suoi dati personali sono conservati per il periodo di almeno cinque anni. I Suoi dati personali non saranno in alcun modo oggetto di trasferimento in un Paese terzo extraeuropeo, né di comunicazione a terzi fuori dai casi previsti dalla normativa in vigore né di processi decisionali automatizzati compresa la profilazione.

Potrà esercitare i diritti previsti dagli artt. da 15 a 22 del regolamento UE 679/2016, quali: la conferma dell'esistenza o meno dei suoi dati personali e la loro messa a disposizione in forma intellegibile; diritto di accesso, di cancellazione, la limitazione dei dati, l'aggiornamento, la rettifica, diritto di portabilità. Diritto di opposizione compreso il processo decisionale automatizzato, rivolgendosi al Titolare o al Responsabile della protezione dei dati (DPO) tramite i contatti di cui sopra o il diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo competente.

Lì _____ Data _____

L'Interessato o Suo Legale Rappresentante

	M APISS 20 DELEGA PER ISTANZA U.V.G. (da compilare a cura del delegante)	Data di emissione: 14/10/2013 rev. 0 Approvato ed emesso in originale
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

Se la presentazione dell'istanza di Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) non viene effettuata dalla persona interessata, la persona delegata, deve presentarsi munita:

- del presente modulo di delega debitamente compilato
- documento di identità proprio
- documento di identità del delegante (originale o fotocopia)

Il/la sottoscritto/a _____ (delegante)

DELEGA

Il/la Sig./ra _____ (delegato)

- Rappresentante Legale
 Coniuge/Convivente
 Prossimo congiunto/familiare

alla presentazione dell'istanza di Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.)

ESTREMI DEL DOCUMENTO
DEL DELEGANTE

Carta d'identità Patente Passaporto

n° _____

rilasciato da _____ il _____

ESTREMI DEL DOCUMENTO
DEL DELEGATO

Carta d'identità Patente Passaporto

n° _____

rilasciato da _____ il _____

DATA

FIRMA DEL DELEGANTE

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(artt. 46 e 47 del DPR 28.12.200 N. 445)**

In riferimento alla richiesta di Valutazione Multidimensionale inoltrata all'UVG per la definizione di un progetto socio-sanitario

Il/la
sottoscritto/a.....nato/o a.....Prov.....
il/...../....., residente aProv.....
Via/piazza.....n.ro.....Telefono.....

In qualità di diretto interessato tutore amministratore di sostegno

del sig./sig.ra..... nato/o a.....Prov.....
il/...../....., residente aProv.....
Via/piazza.....n.ro.....Telefono.....
Codice Fiscale.....

Consapevole che le dichiarazioni mendaci sono perseguibili penalmente ai sensi di Legge

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità che, alla data dell'istanza

1) percepisce i seguenti redditi:

		Importo mensile
Pensione/Rendita	<input type="checkbox"/> INPS	euro.....
	<input type="checkbox"/> INPDAP	euro.....
	<input type="checkbox"/> INAIL	euro.....
	<input type="checkbox"/> Altro Ente/Stato estero	euro.....
Altri proventi Specificare: es. proventi da locazione – assegni del coniuge separato legalmente o di fatto o divorziato	euro.....

- 2) non è proprietario/comproprietario della casa in cui vive né di altri beni immobili
- é proprietario/comproprietario (con eventuali pertinenze) della casa in cui vive
- è usufruttuario o possiede la nuda proprietà della casa in cui vive
- è proprietario o comproprietario di beni immobili, ma risiede in un alloggio in locazione
- è proprietario/comproprietario, oltre la casa di abitazione in cui vive, di altri beni immobili
- sostiene un canone mensile di locazione per la casa di abitazione pari a euro.....

3) non possiede risparmi (sottoforma di denaro contante, depositi, titoli, ecc.)
 possiede risparmi (sottoforma di denaro contante, depositi, titoli, ecc.) per un valore complessivo di euro

4) non sostiene spese documentabili per assistenza alla persona (sia per assistenza a domicilio che per il pagamento di rette presso strutture residenziali)

sostiene spese documentabili per assistenza alla persona (sia per assistenza a domicilio che per il pagamento di rette presso strutture residenziali) per un importo mensile di euro.....

N.B. le spese per lavoratori domiciliari (badanti e assistenti) possono essere dichiarate solo se questi lavoratori sono regolarizzati, in base alle norme sul mercato del lavoro. Le spese dichiarate devono essere documentabili (fatture o buste paga)

Si impegna inoltre a comunicare immediatamente al Servizio Sociale competente per territorio, e comunque entro e non oltre 15 giorni, ogni notizia che modifichi la situazione sopra dichiarata.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto l'allegata informativa resa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 30/06/2003 n.ro 196 (Codice della Privacy) e acconsente al trattamento di tutti i dati contenuti nella presente dichiarazione.

Il/la sottoscritto/a è consapevole che l'Ente Gestore del servizio socio-assistenziale ha la facoltà di effettuare gli opportuni controlli per l'accertamento della congruità e della veridicità delle dichiarazioni rese, anche attraverso l'accesso ad apposite banche dati (es. INPS, SIATEL).

Il/la sottoscritto/a è altresì consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci incorre nelle sanzioni penali all'uopo previste dalla normativa vigente.

AVVERTENZA: DPR 28/12/2000 N.RO 445 ART. 76 (1° comma) – “LE DICHIARAZIONI MENDACI , LA FALSITA’ NEGLI ATTI E L’USO DI ATTI FALSI NEI CASI PREVISTI DALLA PRESENTE LEGGE SONO PUNITI AI SENSI DEL CODICE PENALE E DELLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA”

N.B. La presente istanza va sottoscritta in presenza del dipendente abilitato a riceverla ovvero inviata, per via postale o telematica, debitamente sottoscritta, unitamente a fotocopia di documento di identità del sottoscrittore (art. 38, comma 3, DPR 445 del 28/12/2000).

Data,..... Firma del Dichiarante.....

Documento di identificazione.....n.....rilasciato da.....
in data.....

Timbro e firma del funzionario ricevente.....

Terapia in atto:

CONDIZIONI ATTUALI

DEFICIT SENSORIALI:

- grave deficit visivo (anche con correzione)
- grave deficit uditivo (anche con correzione)

Nota

DEAMBULAZIONE:

- normale
- cammina con aiuto o assistenza
- presenta rischio di caduta
- costretto a letto, poltrona o carrozzella

Nota

INCONTINENZA sì no

Urinaria saltuaria permanente

Fecale saltuaria permanente

Catetere vescicale

Nota

ALIMENTAZIONE

autonoma

deve essere imboccato

presenta disfagia

Presenza di magrezza patologica sì no

Presenza di obesità patologica sì no

Nota

DISTURBI MOTORI

Paralisi / paresi di

Instabilità motoria sì no

Deficit equilibrio sì no

Tendenza alle cadute sì no

Nota

VALUTAZIONE PSICO-RELAZIONALE

- | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| Disturbi importanti della memoria | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Orientamento temporo/spaziale | <input type="checkbox"/> normale | <input type="checkbox"/> patologico |
| <i>se patologico</i> | | |
| Episodi di disorientamento t/s | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Disorientamento costante | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Disturbi della parola | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Disturbi della comunicazione | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |

Note

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

- | | | |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Aggressività verbale | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Pone domande ripetitivamente | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Si sente ansioso, agitato, preoccupato, costantemente inquieto | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Allucinazioni/deliri | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Attività motoria afinalistica (wandering, fughe) | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Aggressività fisica | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Comportamento socialmente inadeguato/disinibizione | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Alterazione severa del ritmo sonno veglia/insonnia grave | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Rifiuto dell'assistenza | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Comportamento alimentare gravemente alterato | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |

Note

Utilizzo di psicofarmaci (specificare)

TONO DELL'UMORE

normale

depresso

euforico

ha assunto terapie antidepressive nell'ultimo anno sì no

sta assumendo terapie antidepressive sì no

Note

ALLERGIE

TRATTAMENTI SPECIALISTICI

Alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
SNG/PEG	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Respiratorie/Ventilazione Assistita	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Dialisi	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Ulcere da decubito	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione stomia (colon o altre)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Trattamenti ulcere cutanee (non da pressione)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione C.V.C.	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione terapia con microinfusori /elastomeri	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione cateterismo peridurale	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Drenaggi	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Trattamento riabilitativo post acuto	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Altro (specificare):

OSSERVAZIONI

Data di compilazione

____/____/____

Timbro e firma leggibile

MMG/Medico Curante

**RIFIUTO ALLA PRESENTAZIONE DEL MODELLO ISEE
PER LA RICHIESTA DI VALUTAZIONE ECONOMICA U.V.G.**

Alla Commissione U.V.G.

ASL TO3 - Distretto _____

Ai sensi della normativa sull'autocertificazione (Art. 46-47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.)

Il sottoscritt_ _____

Nat_ a _____ il ____/____/____

residente a _____ in _____

in qualità di

diretto interessato

_____ (tutore/amministratore di sostegno/familiare con grado di parentela)

del Sig. _____

Nat_ a _____ il ____/____/____

residente a _____ in _____

dichiara di

RIFIUTARE LA PRESENTAZIONE DELLA D.S.U. E DELL'ISEE

Il/la sottoscritt_ dichiara di essere informat_ e consapevole che le conseguenze del presente rifiuto saranno:

per la persona non autosufficiente non sarà considerata la condizione economica, pertanto verrà attribuito punteggio 0 alla componente economica della valutazione sociale.

Sono consapevole che, in base all'art. 73 del DPR 445/2000, ad eccezione dei casi di dolo o colpa grave, gli operatori non sono responsabili degli atti che essi emanano a seguito di questa dichiarazione, se questi atti sono la conseguenza di false dichiarazioni o di documenti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità e che sono stati presentati o acquisiti a seguito di indicazioni fornite dal sottoscritto o da altre persone.

Sono informato, in base al D. Lgs.196/03, che i dati personali, anche sensibili, forniti e necessari per la presente istanza saranno trattati, anche con strumenti informatici, soltanto per il procedimento per il quale è resa questa dichiarazione, senza diffusione, e con comunicazione solo ad altri Enti Pubblici.

Luogo e data _____

Letto, confermato, sottoscritto
IL DICHIARANTE
