

Dichiarazione del familiare\affine in situazione di disabilità grave attestante il rapporto fiduciario con il il\la richiedente in qualità di unico referente dell'assistenza

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RESA AI SENSI DELL'ART. 47 DEL DPR 445/2000

Il\la sottoscritto\la _____

nato\la il _____ a _____ prov (____)

CODICE FISCALE _____

attualmente:

- in servizio presso _____;

- in quiescenza _____;

- ovvero _____;

DICHIARA

- di essere soggetto in situazione di disabilità grave (art. 3 comma 3 Legge 104/1992)

- che il\la Sig/Sig.ra _____ è l'unico\la referente della sua assistenza cui si dedica in modo esclusivo.

- di non essere ricoverato/a a tempo pieno in una struttura residenziale

Allega copia del documento di identità

_____ li _____

IL DICHIARANTE
