

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a ..... a

e residente a \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ portatore di

Handicap in situazione di gravità, riconosciuto/a ai sensi dell'art. 3 comma 3 ed accertato ai sensi dell'articolo 4 della legge sopra indicata

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, ai sensi della legge n. 15/68 e del D.P.R. n. 445/00 e successive modifiche ed integrazioni, che l'unica persona dalla quale vuole essere assistito/a per il rapporto fiduciario esistente con il/la sottoscritto/ è il figlio/a .....

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ residente a

\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ il quale è l'unica persona

referente della sua assistenza alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva.

\_\_\_\_\_ , li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_