

OGGETTO: DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (___)

il ___/___/_____

Codice Fiscale n. _____

residente a _____ (___) in via

_____ n. ___ consapevole che la fruizione del diritto può essere riconosciuta per l'assistenza alla stessa persona con handicap in situazione di gravità, ad un unico lavoratore dipendente, ai sensi della Legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni ed integrazioni

DICHIARA

Di volere essere assistita soltanto da

_____ Cognome e nome _____

Codice Fiscale _____

grado di parentela _____

luogo e data di nascita _____ (___) ___/___/_____

residente a _____ (___)

• in via _____ n. _____

Li,/...../.....

Il/la dichiarante

Si allega

1. Fotocopia della carta di identità n.

rilasciata dal Comune di il/..../.....