

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/...../.....
2. Fotocopia Codice Fiscale