DICHIARAZIONE DI ASSISTENZA

La sottoscritta _____nata a _____( )

Il _____, residente a _____

in via _____,

Cod. Fiscale _____dichiarata persona handicappata grave ai sensi dell'art. 3 comma 1 e 3 della Legge 5.2.92 n. 104,

Tipo disabilità:

- Non rivedibile;
- Rivedibile;
- Anno Revisione_____;

dichiara

- di non essere ricoverata a tempo pieno in strutture sanitarie;
- di non essere in grado di provvedere alle più elementari necessità personali;
- di avvalersi unicamente della sistematica assistenza

  di_____nat____ a _____

  il _____.

Data_____

Firma_____