

DICHIARAZIONE DEI FIGLI DEL SOGGETTO DISABILE

Documentata impossibilità dei FIGLI del disabile di provvedere all'assistenza per motivi oggettivi

Il/La sottoscritto/a

Nato/a

Prov.

il

residente a

Prov.

Via

Cap.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, a norma delle disposizioni contenute nel DPR n. 445 del 28-12-2000 e s.m.i.,

- **di essere figlio del disabile in situazione di gravità:**

Cognome

Nome

Nato/a

Prov.

il

residente a

Prov.

Via

Cap.

- **e di non poterlo assistere per i seguenti motivi oggettivi:**

FIRMA