

Dichiarazione di scelta assistenziale

Il/la sottoscritto/a nato a il...../...../..... Residente a..... Via.....n...

DICHIARA

di farsi assistere dal__ signor/a

Data firma

Parte da compilare nei casi in cui l'assistito è impossibilitato a scrivere la dichiarazione di scelta

I sottoscritti testimoni dichiarano che il/la Sig./ra..... nat_ a il , è impossibilitato/a ad effettuare la dichiarazione di scelta assistenziale a favore del/la Sig./ra.....

1°Testimone nat_ a il

Residente in Via/Piazza..... n. c.a.p.....

Documento n. rilasciato il

da

Data firma

2°Testimone nat_ a il

Residente in Via/Piazza..... n. c.a.p.....

Documento n. rilasciato il

da

Data firma

Dichiarazione di scelta assistenziale