

DICHIARAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ *il* _____

e residente nel comune di _____

Provincia di _____ *in Via/Piazza* _____

con la presente, dichiara sotto la propria responsabilità che il Signor/a:

dipendente dell'Università di Trieste, lo/la assiste con sistematicità e adeguatezza, aiutandolo/a a far fronte alle proprie necessità, e che nessun altro usufruisce per sé dei benefici di cui alla legge 104/1992.

Dichiara altresì, di non essere ricoverato/a a tempo pieno in una struttura pubblica o privata.

Si allega fotocopia di documento d'identità con firma leggibile.

Trieste, li

Firma leggibile