

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 _____