La/Il sottoscritta/o…….

Codice Regionale …….

ACCETTA DI ASSISTERE

Nome ……Cognome……

Codice fiscale……

| COGNOME NOME | DATA DI NASCITA | CODICE FISCALE |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

per la seguente motivazione:

……

……

……

……

……

……

DICHIARA A TAL FINE

**di essere disponibile ad effettuare eventuali visite domiciliari presso la residenza/domicilio dell'assistito/a anche se differente dal mio ambito di inserimento.**

In fede

Data___/___/____

_____