

## AUTOCERTIFICAZIONE

(Art.2 del Regolamento adottato con Delibera del congresso di Stato n.80 del 20 Dicembre 2004 “Interventi a favore di anziani e persone con disabilità non autosufficienti residenti in territorio che si avvalgono dell'assistenza privata).

**Io sottoscritto/a** (nome della famiglia o assistito) \_\_\_\_\_

**dichiaro che il/la sig./sig.ra** (nome dell'assistente) \_\_\_\_\_

**presta assistenza continuativa presso il domicilio del sig./sig.ra** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(art.2 comma 1 “Gli interventi previsti dal presente Regolamento sono rivolti agli anziani non autosufficienti e a persone con disabilità cittadini sammarinesi e/o residenti ovvero soggiornanti con permesso di soggiorno ordinario, che si avvalgono per l'attività di assistenza continuativa di persone non appartenenti al nucleo familiare”).

**San Marino,** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma del datore di lavoro)