



# Associazione Vita Indipendente ONLUS ETS APS

via Pisana, 36/b 50018 Scandicci (Firenze)

Tel.: 055256053

E-mail: <[avitoscana@avitoscana.org](mailto:avitoscana@avitoscana.org)>

PEC: <[avitoscana@pec.it](mailto:avitoscana@pec.it)>

Url: <http://www.avitoscana.org>

codice fiscale: 94048480480

## Proposta di legge regionale

### Assegno per l'assistenza personale per la vita indipendente e autodeterminata di persone con handicap grave

Visti:

- gli articoli 2, 3, 38, 117 primo e terzo comma, 118 della Costituzione;
- gli articoli 3 e 19 della "Convenzione dell'Onu sui Diritti delle Persone con Disabilità" (ratificata dall'Italia con la legge 3 marzo 2009 n. 18);
- l'art. 26 della Carta dei diritti fondamentali dell'UE;
- la legge 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate), articoli 4 e 39, comma 2, lettera l-ter;
- il D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421);
- la legge 1 marzo 2006, n. 67 (Misure per la tutela giudiziaria delle persone con disabilità vittime di discriminazioni);
- l'articolo 4, comma 1, lettera e) dello Statuto della Regione Toscana;
- la legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale);
- la legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale);

Il Consiglio regionale ha approvato;

Il Presidente della Giunta regionale PROMULGA la seguente legge:

#### Art. 1 (Definizioni)

1. Per vita indipendente e autodeterminata di chi ha un qualsiasi handicap in situazione di gravità, dovuto a qualsivoglia tipo o combinazione di menomazioni e/o incapacità fisiche, psichiche, mentali, sensoriali, s'intende la realizzazione di quelle condizioni economiche, sociali e civili atte a far sì che nella vita quotidiana anche queste persone, nella misura in cui intendono o possono avvalersene, dispongano direttamente di opportunità di scelta, controllo e autodeterminazione della propria vita e di quella della propria famiglia e dei propri conviventi pari a quelle delle persone normodotate.
2. Per assistenza personale si intende l'attività di uno o più lavoratrici o lavoratori, sia dentro che al di fuori dell'abitazione e del Comune di residenza del soggetto, finalizzata alla piena valorizzazione della sua dignità e del suo libero arbitrio e al pieno sviluppo della personalità del medesimo.
3. Per soggetto si intende la persona fisica che ha diritto all'assistenza personale.
4. Per Commissione si intende la Commissione di cui all'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104. Davanti a tale Commissione il / la disabile può farsi accompagnare, con facoltà di parola, da due persone di propria libera scelta.
5. Per assistente sociale si intende la figura professionale pubblica istituzionalmente responsabile di prestare assistenza sociale al soggetto per conto del Comune di residenza del medesimo.
6. Per necessità del soggetto si intendono le differenti condizioni di disabilità del medesimo, anche coesistenti fra loro, correlate con le forme ed i modi attraverso cui egli intende esercitare le proprie libertà inviolabili e sviluppare pienamente la propria personalità.



# Associazione Vita Indipendente ONLUS ETS APS

via Pisana, 36/b 50018 Scandicci (Firenze)

Tel.: 055256053

E-mail: <[avitoscana@avitoscana.org](mailto:avitoscana@avitoscana.org)>

PEC: <[avitoscana@pec.it](mailto:avitoscana@pec.it)>

Url: <http://www.avitoscana.org>

codice fiscale: 94048480480

7. Per ore medie giornaliere di assistenza personale si intende la somma delle ore di assistenza prestate alla fine dell'anno solare, divise per il numero dei giorni per i quali viene erogato l'assegno, in modo che il rispetto delle ore di assistenza personale riconosciute sia contemperato con le necessità reali del soggetto.

## Art. 2 (Assegno regionale per l'assistenza personale per la vita indipendente)

1. In attuazione delle eguali opportunità concrete per l'esercizio dei diritti di libertà, del pieno sviluppo della personalità e della salvaguardia dell'autonomia degli individui e in ottemperanza al divieto di discriminazione, è istituito l'assegno regionale per l'assistenza personale per la vita indipendente.

2. Il monte ore mensile di assistenza personale indiretta riconosciuto al soggetto è costituito dalla moltiplicazione per 30,44 della somma delle:

- a) ore medie minime di assistenza personale per ogni giorno dell'anno solare individuate in base alla classe assegnata dalla Commissione;
- b) eventuale maggiorazione individualizzata di ore medie per ogni giorno dell'anno solare decisa dall'assistente sociale in accordo con il soggetto interessato.

3. Il beneficiario ha diritto all'assegno dal momento della sua attribuzione e il suo importo mensile è dato dal monte ore di cui al comma precedente moltiplicato per la somma oraria di euro 20, quale media comprensiva di ogni spesa, maggiorazioni (quali, a titolo esemplificativo, orari notturni, flessibilità di orario, prestazioni assistenziali impreviste o lontane dal Comune di residenza del soggetto), onere e imposta, incluse tutte le spese di mantenimento dell'assistente personale (viaggi, pasti, alloggio) eventualmente necessarie durante l'effettuazione del servizio fuori dalla residenza dell'avente diritto nonché le spese di amministrazione per la gestione dell'assistenza personale.

4. L'assegno viene erogato fino a revoca o fino a variazione di classe oppure fino alla morte dell'avente diritto, si aggiunge ad altri assegni, pensioni, indennità e erogazioni previsti o consentiti dalla normativa e, nel mese di gennaio di ciascun anno, il suo importo è adeguato con decreto del Presidente della Giunta Regionale in base all'incremento percentuale dell'indice Istat dei prezzi al consumo.

5. L'assegno spetta al solo titolo della minorazione, non costituisce reddito e non rientra nella situazione economica del soggetto.

6. L'erogazione dell'assegno rimane inalterata se l'avente diritto va temporaneamente a vivere in altre regioni d'Italia o all'estero.

7. Resta intatto il compito dei Comuni di intervenire direttamente per tutte le necessità assistenziali non coperte da questo assegno.

## Art. 3 (Soggetti)

1. L'assegno spetta alle persone di tutte le età legalmente soggiornanti nel territorio della Regione, che hanno una o più minorazioni fisiche, psichiche, mentali o sensoriali, anche combinate fra loro, e hanno ottenuto il riconoscimento dello stato di handicap in situazione di gravità di cui alla legge 5 febbraio 1992, n. 104, articolo 3, comma 3 e che necessitano di almeno quattro ore medie di assistenza personale per ogni giorno dell'anno solare.



## **Associazione Vita Indipendente ONLUS ETS APS**

via Pisana, 36/b 50018 Scandicci (Firenze)

Tel.: 055256053

E-mail: <[avitoscana@avitoscana.org](mailto:avitoscana@avitoscana.org)>

PEC: <[avitoscana@pec.it](mailto:avitoscana@pec.it)>

Url: <http://www.avitoscana.org>

codice fiscale: 94048480480

2. Le domande relative all'attribuzione dell'assegno o alla rinuncia al medesimo, nonché alla variazione di classe vengono presentate all'assistente sociale, che è responsabile dell'intero procedimento a tutti gli effetti di legge, e vengono redatte secondo l'Allegato I, quando relative all'assegnazione di una classe o alla variazione di essa oppure alla rinuncia all'assegno, e secondo l'Allegato II, quando relative ad una ulteriore quantità individualizzata di assistenza personale autogestita. Quando possono avere conseguenze sulla esistenza o l'importo dell'assegno tutte le comunicazioni tra il soggetto interessato e la assistente sociale avvengono, a scelta del soggetto, tramite PEC o posta raccomandata o raccomandata a mano.

3. Prima di qualsiasi decisione di rispettiva competenza, sia la Commissione che l'assistente sociale devono in ogni caso ascoltare direttamente il soggetto, se necessario al domicilio del medesimo. Durante tali colloqui il soggetto può farsi assistere, con facoltà di parola, da due persone di propria libera scelta.

4. Il mancato accoglimento, anche parziale, della domanda da parte della Commissione o dell'assistente sociale deve essere motivato per scritto, in maniera distinta per ogni rifiuto e con linguaggio semplice e chiaro, e comunicato al soggetto entro i termini stabiliti.

### **Art. 4 (Commissione)**

1. La valutazione dei requisiti ai fini dell'attribuzione al soggetto della classe di assistenza personale autogestita, il passaggio fra le varie classi per variazione delle necessità o per parziale utilizzo dell'assegno e la revoca dell'assegno per mancato utilizzo o per mancanza di necessità del medesimo sono decisi dalla Commissione basandosi esclusivamente sulle necessità di assistenza personale del soggetto.

2. I componenti di tali Commissioni, su responsabilità della Giunta Regionale, vengono adeguatamente formati sulla vita indipendente basandosi esclusivamente sulle necessità espresse da organizzazioni composte soltanto da soggetti con handicap in situazione di gravità con provata esperienza in tema di utilizzo dell'assistenza personale per la vita indipendente.

3. La Commissione assume la decisione e ne dà comunicazione al soggetto e all'assistente sociale entro trenta giorni dal ricevimento della domanda. Trascorso tale termine vale il silenzio-assenso.

### **Art. 5 (Assistente sociale)**

1. Una volta assegnata la classe dalla Commissione, basandosi sulla richiesta presentata dal soggetto, l'assistente sociale stabilisce il monte ore medio giornaliero individualizzato di assistenza personale eventualmente da erogare al medesimo nella forma indiretta in aggiunta alle ore previste dalla classe assegnata e senza raggiungere quanto stabilito per la classe immediatamente successiva.

2. In ogni momento il soggetto interessato può fare richiesta motivata di modifica della decisione di cui al comma precedente. L'assistente sociale assume e comunica le decisioni di cui al comma precedente e di cui alla frase precedente entro quindici giorni dalla richiesta. La mancata ricezione della comunicazione entro tale termine si configura come silenzio-assenso.

3. Quando ne sussistono i motivi la decisione di cui al comma 1 del presente articolo può essere modificata dall'assistente sociale previa motivazione scritta al soggetto interessato che ha trenta giorni per replicare.



# Associazione Vita Indipendente ONLUS ETS APS

via Pisana, 36/b 50018 Scandicci (Firenze)

Tel.: 055256053

E-mail: <[avitoscana@avitoscana.org](mailto:avitoscana@avitoscana.org)>

PEC: <[avitoscana@pec.it](mailto:avitoscana@pec.it)>

Url: <http://www.avitoscana.org>

codice fiscale: 94048480480

4. In caso di necessità l'assistente sociale invia alla Commissione una relazione adeguatamente motivata, in cui propone l'assegnazione di una diversa classe oppure la revoca dell'assegno. Tale relazione è inviata contemporaneamente al soggetto interessato, il quale ha 30 giorni per trasmettere proprie controdeduzioni alla Commissione. Questa assume e comunica la decisione entro i successivi trenta giorni non senza aver prima ascoltato il soggetto interessato.

## Art. 6 (Classi)

1. Le classi di assistenza personale autogestita sono così articolate e assegnate secondo i seguenti criteri:

- classe A per una media di 4 ore al giorno di assistenza personale: necessità di aiuto per uscire di casa, per fare la spesa e altre commissioni, per frequentare luoghi non pienamente usufruibili in autonomia dal soggetto;
- classe B per una media di 8 ore al giorno di assistenza personale: rientrare nella classe A più necessità di aiuto per la gestione della casa e/o per cucinare;
- classe C per una media di 12 ore al giorno di assistenza personale: rientrare nella classe B più necessità di aiuto per la cura della persona, necessità di aiuto durante l'orario lavoro e/o di studio, necessità di aiuto nel tempo libero;
- classe D per una media di 16 ore al giorno di assistenza personale: necessità di cui alla classe C più necessità di assistenza personale per l'utilizzo dei servizi igienici e/o per alimentarsi;
- classe E per una media di 24 ore al giorno di assistenza personale: necessità di cui alla classe D più necessità di assistenza personale ripetuta durante la notte.

2. Sono inoltre istituite le classi D super ed E super, che includono una maggiorazione per una media di 3 ore al giorno di assistenza personale, per le situazioni in cui è necessaria la presenza di due assistenti personali contemporaneamente per lo svolgimento di alcune attività di assistenza all'avente diritto tali da non poter essere effettuate da una sola persona.

3. Per rientrare nella Classe A è sufficiente che il soggetto si trovi in almeno due delle situazioni ivi previste. Per rientrare nella Classe C è sufficiente che, oltre a rientrare nella Classe B, il soggetto si trovi in almeno due delle ulteriori situazioni previste per la Classe C. Per rientrare nelle Classi B, D ed E è necessario trovarsi in tutte le situazioni espressamente previste per ciascuna di esse.

4. Nell'assegnazione della classe, nonché delle ore intermedie fra una classe e l'altra, vengono tenute nella dovuta considerazione le specifiche necessità presenti quando:

- a) la donna disabile è incinta;
- b) la donna disabile è madre di uno o più bambini fino a 3 anni di età;
- c) in famiglia ci sono uno o più bambini fino a 6 anni di età;
- d) in famiglia ci sono uno o più figli minorenni.

5. Nei casi di cui al comma precedente sono ridotti alla metà i termini entro cui la Commissione o l'assistente sociale devono assumere e comunicare le proprie decisioni. Nei casi di cui alla lett. b) del comma precedente possono essere necessarie più di 24 ore al giorno di assistenza personale da intendersi come necessità in contemporanea di 2 assistenti personali, uno per la madre e uno per il figlio.

## Art. 7 (Assistenti personali)

1. Il soggetto si avvale di assistenti personali di sua libera scelta.

2. È facoltà insindacabile del soggetto scegliere liberamente e istruire direttamente e liberamente i/le propri/e assistenti personali.



## Associazione Vita Indipendente ONLUS ETS APS

via Pisana, 36/b 50018 Scandicci (Firenze)

Tel.: 055256053

E-mail: <[avitoscana@avitoscana.org](mailto:avitoscana@avitoscana.org)>

PEC: <[avitoscana@pec.it](mailto:avitoscana@pec.it)>

Url: <http://www.avitoscana.org>

codice fiscale: 94048480480

3. L'assistenza personale riguarda tutte le necessità di vita dell'avente diritto, compresi i giorni festivi, le vacanze, il tempo libero, la frequenza della scuola di ogni ordine e grado, dell'università e di altri corsi, l'attività lavorativa, l'integrazione sociale e la piena partecipazione a tutte le attività della vita, anche intima.

4. Le/gli assistenti personali sono tenute/i ad affrontare le necessità del soggetto, rispettando le sue indicazioni, anche circa i luoghi, i modi, i tempi e gli orari di espletamento delle prestazioni. Fatte salve le situazioni di forza maggiore, le/gli assistenti personali sono tenute/i ad effettuare soltanto le prestazioni concordate con il soggetto.

5. Gli/le assistenti personali lavorano alle dipendenze o per conto del soggetto, in conformità e nel rispetto delle norme vigenti. È facoltà del soggetto avvalersi di assistenti personali dipendenti da terzi, fermi restando i principi e le condizioni, di cui ai commi precedenti.

### Art. 8 (Privacy)

1. Le/gli assistenti personali sono tenute/i ad una stretta riservatezza su tutto ciò che vengono a conoscere della vita privata del soggetto e possono comunicarlo ad altri soltanto previa autorizzazione espressa e specifica del/la medesimo/a.

2. Negli "altri", di cui al comma precedente, sono inclusi i servizi sociali, i familiari e il partner del soggetto. Dagli "altri" sono esclusi i genitori del minore, nonché il tutore, l'amministratore di sostegno e il giudice esclusivamente per i fatti eventualmente di rispettiva competenza.

### Art. 9 (Ricorsi)

1. Avverso le decisioni, sia della Commissione che dell'assistente sociale, oltre ai ricorsi giurisdizionali, sono ammessi ricorsi in opposizione e ricorsi gerarchici, rispettivamente al Presidente della Giunta regionale della Toscana e al Sindaco del Comune di residenza.

2. L'instaurarsi del contenzioso non fa venir meno l'obbligo di erogazione di quanto previsto dalla classe e dalla personalizzazione eventualmente assegnate.

3. L'accoglimento dei ricorsi di cui al presente articolo ha effetto retroattivo dal mese di cui al comma 1 dell'articolo 10.

### Art. 10 (Erogazione dell'assegno)

1. L'erogazione dell'assegno è delegata al Comune di residenza del destinatario, che provvede entro trenta giorni dalla decisione della Commissione con effetto dal mese successivo a quello di presentazione della domanda.

2. La Regione provvede, con apposita sezione della legge di bilancio, al trasferimento delle risorse necessarie ai Comuni

3. L'assegno è articolato in dodici mensilità annue di eguale importo da erogarsi in via anticipata il primo giorno lavorativo di ogni mese e viene accreditato in conto corrente bancario o postale come richiesto dal soggetto.

4. Entro la fine del mese di gennaio di ciascun anno, il soggetto rendiconta la spesa sostenuta nell'anno precedente per l'assistenza personale, seguendo questi criteri:

- a) i primi € 300 del finanziamento per ciascun mese possono non essere rendicontati;
- b) i successivi € 700 del finanziamento, per arrivare a € 1.000, per ciascun mese possono essere rendicontati mediante autodichiarazione;



## **Associazione Vita Indipendente ONLUS ETS APS**

via Pisana, 36/b 50018 Scandicci (Firenze)

Tel.: 055256053

E-mail: <[avitoscana@avitoscana.org](mailto:avitoscana@avitoscana.org)>

PEC: <[avitoscana@pec.it](mailto:avitoscana@pec.it)>

Url: <http://www.avitoscana.org>

codice fiscale: 94048480480

c) la cifra restante è rendicontata per le ulteriori spese sostenute per l'assistenza personale mediante la presentazione dei documenti che le attestano quali, a titolo esemplificativo, buste paga, versamenti previdenziali e assicurativi, dichiarazioni di accantonamento per retribuzione differita, fatture, attestati di pagamento di lavoro occasionale e ogni altro attestato idoneo a provare spese dovute per idonee prestazioni di assistenza personale.

5. La somma eventualmente non spesa al termine dell'anno solare per l'assistenza personale, e non impegnata per l'assistenza personale nell'anno seguente attraverso una comunicazione scritta del soggetto all'assistente sociale, viene restituita dal soggetto entro il mese di febbraio dell'anno successivo senza che ciò comporti la revisione del monte ore complessivo di assistenza personale assegnata.

### Art. 11 (Accessibilità)

1. Per tutte le comunicazioni previste dalla presente legge il soggetto può ricorrere ai più moderni mezzi informatici, che ne agevolino o ne rendano possibile l'effettuazione, purché idonei allo scopo.

2. Le comunicazioni previste dalla presente legge nei confronti del soggetto sono nulle se effettuate in maniera inaccessibile per il medesimo.

La presente legge regionale sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione Toscana.

Data a [città, addì [gg mese aaaa]  
[presidente giunta regionale]



# Associazione Vita Indipendente ONLUS ETS APS

via Pisana, 36/b 50018 Scandicci (Firenze)

Tel.: 055256053

E-mail: <[avitoscana@avitoscana.org](mailto:avitoscana@avitoscana.org)>

PEC: <[avitoscana@pec.it](mailto:avitoscana@pec.it)>

Url: <http://www.avitoscana.org>

codice fiscale: 94048480480

## Allegato I - FAC-SIMILE DOMANDA

Alla Commissione di cui all'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104

Io sottoscritto/a .....

nato/a a .....

il .....

residente in .....

Via/Piazza .....

essendo stato/a riconosciuto/a dalla Commissione sanitaria per l'accertamento dello stato di handicap dell'Azienda Sanitaria Locale n. .... di ..... in data ..... persona con handicap in situazione di gravità ai sensi del comma 3 dell'art. 3 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104

### DICHIARO

sotto la mia responsabilità, ai sensi dell'articolo 4 della legge n. 15/68 e successive modifiche, della legge n. 127/97 e successive modifiche, del D.P.R. n. 403/98:

di essere cittadino italiano

OPPURE

di essere residente in Italia dal .....

di non poter svolgere autonomamente le seguenti attività della mia vita quotidiana:

.....

per i seguenti motivi:

.....

di non poter svolgere tali attività mediante sussidi tecnici, informatici, protesi o altre forme di sostegno per i seguenti motivi:

.....

di voler gestire in maniera autodeterminata la mia assistenza personale al fine di poter fare vita indipendente.

OPPURE

di non avere più necessità di almeno 4 ore al giorno di assistenza personale per i seguenti motivi:

.....



# Associazione Vita Indipendente ONLUS ETS APS

via Pisana, 36/b 50018 Scandicci (Firenze)

Tel.: 055256053

E-mail: <[avitoscana@avitoscana.org](mailto:avitoscana@avitoscana.org)>

PEC: <[avitoscana@pec.it](mailto:avitoscana@pec.it)>

Url: <http://www.avitoscana.org>

codice fiscale: 94048480480

## OPPURE

di voler passare

totalmente

parzialmente

dall'assistenza personale nella forma indiretta per la vita indipendente e autodeterminata all'assistenza personale nella forma diretta gestita direttamente dagli enti preposti per i seguenti motivi:

.....  
.....

## CHIEDO

di essere ammesso alla classe .... dell'assegno per l'assistenza personale per la vita indipendente di persone con handicap in situazione di gravità

OPPURE essendo già titolare della classe .... dell'assegno per l'assistenza personale per la vita indipendente di persone con handicap grave e avendo avuto le seguenti variazioni nelle mie necessità:

.....  
.....

di passare alla classe .... dell'assegno per l'assistenza personale per la vita indipendente di persone con handicap grave

## OPPURE

la revoca dell'assegno per l'assistenza personale per la vita indipendente di persone con handicap grave

(Luogo e data) .....

(Firma)

Annotazione estremi del Documento d'Identità .....

Firma apposta dal DICHIARANTE in presenza di .....

OPPURE

Presentata copia del Documento d'Identità .....



# Associazione Vita Indipendente ONLUS ETS APS

via Pisana, 36/b 50018 Scandicci (Firenze)

Tel.: 055256053

E-mail: <[avitoscana@avitoscana.org](mailto:avitoscana@avitoscana.org)>

PEC: <[avitoscana@pec.it](mailto:avitoscana@pec.it)>

Url: <http://www.avitoscana.org>

codice fiscale: 94048480480

## Allegato II - FAC-SIMILE DOMANDA

All'assistente sociale dei servizi sociali territoriali

Io sottoscritto/a .....

nato/a a .....

il .....

residente in .....

Via/Piazza .....

essendo stato/a riconosciuto/a dalla Commissione sanitaria per l'accertamento dello stato di handicap dell'Azienda Sanitaria Locale n. .... di ..... in data ..... persona con handicap in situazione di gravità ai sensi del comma 3 dell'art. 3 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104

essendo già titolare della classe .... dell'assegno per l'assistenza personale per la vita indipendente di persone con handicap grave

### DICHIARO

sotto la mia responsabilità, ai sensi dell'articolo 4 della legge n. 15/68 e successive modifiche, della legge n. 127/97 e successive modifiche, del D.P.R. n. 403/98:

di avere necessità di ulteriore assistenza personale individualizzata per la vita indipendente per i seguenti motivi

.....  
.....

OPPURE, rispetto alla precedente assegnazione di assistenza personale individualizzata per la vita indipendente

che le mie necessita di assistenza personale individualizzata per la vita indipendente sono

aumentate

diminuite

per i seguenti motivi

.....  
.....

### CHIEDO

ad integrazione di quanto previsto dalla classe ..... di assistenza personale che mi è stata assegnata



# Associazione Vita Indipendente ONLUS ETS APS

via Pisana, 36/b 50018 Scandicci (Firenze)

Tel.: 055256053

E-mail: <[avitoscana@avitoscana.org](mailto:avitoscana@avitoscana.org)>

PEC: <[avitoscana@pec.it](mailto:avitoscana@pec.it)>

Url: <http://www.avitoscana.org>

codice fiscale: 94048480480

..... ore medie al giorno di assistenza personale individualizzata per la vita indipendente

OPPURE, essendo già titolare di ..... ore medie al giorno di assistenza personale individualizzata per la vita indipendente

l'aumento / diminuzione di ..... ore medie al giorno di assistenza personale individualizzata per la vita indipendente

(Luogo e data) .....

(Firma)

Annotazione estremi del Documento d'Identità .....
Firma apposta dal DICHIARANTE in presenza di .....
OPPURE
Presentata copia del Documento d'Identità .....