

Il sottoscritto Sig.ra/Sig. (nome e cognome) .....  
nato a ..... il .....  
nella sua funzione di responsabile dell'assistenza prestata alla/al/ai Sig.ra/Sig./Sigg.ri .....  
.....  
.....  
.....

### DICHIARA

*(ai sensi della L.R. 2/7/1999 n. 18 art. 35 e del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 artt. 46 e 47)*

**consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o comunque non rispondente al vero, ai sensi dell'art. 45 della l.r. 2/7/1999, n. 18 e dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445**

In data odierna, l'esistenza in vita della/del/dei Sig.ra/Sig./Sigg.ri .....  
.....

RIFERISCE che il progetto assistenziale di cui beneficia/beneficiano la/le persona/e sopraccitata/e:

- si è svolto regolarmente nel ..... trimestre dell'anno in corso
- si è interrotto in data: .....

Data \_\_\_\_\_

Firma del responsabile del progetto \_\_\_\_\_