

ACCOMPAGNAMENTO

...../...../.....

Certifico che il Sig nato/a a

prov. di il, residente in.....

provincia, è effetto/a da:

.....

è persona impossibilitata a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore.

è persona che necessita di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli
atti quotidiani della vita autonomamente.

In fede

.....