

[illegible]

- ☐ **di NON voler dare continuità al proprio Piano personalizzato di Vita Indipendente mantenendo lo stesso contributo regionale percepito per l'anno 2017.**

Allega la seguente documentazione:

1. Copia fotostatica del documento di riconoscimento
2. Copia del contratto stipulato con l'assistente personale

Data, _____

FIRMA
