

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____ prov. () il _____

residente a _____ prov.() in via _____

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso atti falsi

DICHIARA

di essere in condizioni di disabilità grave accertata con verbale della Commissione ASL di _____ il _____

(*in alternativa*) di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;

di non essere ricoverato a tempo pieno;

di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/92 per se stesso;

(*in alternativa*) di non prestare attività lavorativa;

di essere parente di grado ___ del richiedente in quanto _____ ;

di voler essere assistito soltanto dal/la sig./ra _____ nata a _____
Prov () il _____ C.F. _____ e residente in _____

FIRMA
