

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscritt _____ nat _____

a _____ prov. (_____) il _____,
residente

a _____ prov. (_____) 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 _____ nato/a a _____ prov. _____ il _____; e residente in _____;
- (*in alternativa*) di voler essere assistito da _____ nato/a _____ prov. _____ il _____ e residente in _____ se lavoratore dipendente indicare l'amministrazione di appartenenza _____

FIRMA del richiedente

FIRMA dell'altro familiare