

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 _____ nata a
_____ prov. _____ il _____
- C.F. _____ e residente in _____

FIRMA
