

DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE
(da non compilare qualora si richieda per assistere un minore)

Il/La sottoscritta/o _____ nato a _____ il _____
residente a _____ prov. _____ Via _____ n. _____ cap _____

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

dichiara:

- di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di _____ il _____
 - 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 104/1992 per se stesso;
 - di non prestare attività lavorativa;
 - di essere parente di _____ grado del richiedente in quanto _____;
 - di voler essere assistito soltanto dal/dalla Sig. _____ nata a _____ il _____ CF _____ e residente a _____ Via _____
- Si allega copia del documento di riconoscimento n. _____ rilasciato da _____ il _____

Roma, _____

Firma
